



## Gute Gründe, um Mitglied zu werden

Sie sind erkrankt, Familienangehöriger oder als Gesunder interessiert? Sie wünschen Informationen, Beratung, Begleitung oder wollen einfach nur helfen? Kein Problem als Mitglied. Mit allen Vorzügen, die ELA Deutschland zu bieten hat. Die vergünstigte Teilnahme am Familientreffen, Neues aus der Forschung u.v.m.

### Bitte schicken Sie dieses Formular an:

Geschäftsstelle ELA Deutschland e.V.

Am Bleichrasen 7

35279 Neustadt-Speckswinkel

oder einscannen und per Mail an die [info@elaev.de](mailto:info@elaev.de)

### Neues Mitglied

Name:	<input type="text"/>	Vorname:	<input type="text"/>
Straße:	<input type="text"/>	PLZ Ort:	<input type="text"/>
Telefon:	<input type="text"/>	Geburtstag:	<input type="text"/>
E-Mail:	<input type="text"/>	Beruf:	<input type="text"/>
Diagnose:	<input type="text"/>		

### Meine Kontaktdaten und Diagnose dürfen weitergegeben werden an:

Andere Vereinsmitglieder und Betroffene     Ärzte & Wissenschaftler     Nur nach Rücksprache

Ich bin:     Betroffen     Angehöriger     Freund / Unterstützer

### Bankverbindung für Einzugsermächtigung

Der Mitgliedsbeitrag wird jährlich im April einzogen. Um sparsam mit Spendengeldern umzugehen versenden wir für den Mitgliedsbeitrag keine Spendenbescheinigung, dennoch kann dieser beim Finanzamt geltend gemacht werden. Beitragshöhe: jährlich € 30,00 / Person bzw. € 50,00 für Organisationen und Ärzte

IBAN:	<input type="text"/>	BIC:	<input type="text"/>
Name der Bank:	<input type="text"/>	Beitragshöhe (€):	<input type="text"/>
Kontoinhaber:	<input type="text"/>	Unterschrift:	<input type="text"/>

Alle Angaben werden streng vertraulich behandelt.

Ich habe die Vereinssatzung gelesen und akzeptiere sie (abrufbar auf [www.elaev.de](http://www.elaev.de)).

Datum:

Unterschrift: