

## BEITRITTSERKLÄRUNG

Ich möchte Mitglied bei **DEBRA Austria, Interessengemeinschaft Epidermolysis bullosa** werden.

Familienname: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort): \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Ich möchte

Ich bin

Fördermitglied werden.

selbst betroffen (Typ der EB)

simplex

junktional

dystroph

Ich bin Erziehungsberechtigte/r.

Name des/der Betroffenen: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_ Typ der EB: \_\_\_\_\_

Ich zahle den **jährlichen Mitgliedsbeitrag von 22,- Euro** und eine freiwillige Spende von \_\_\_\_\_ Euro per Erlagschein ein (Zahlschein wird einmal jährlich zugesandt).

Kto.-Nr. 90.000.096, BLZ 60.000.

Hinweis: Mitgliedsbeiträge sind nicht steuerlich absetzbar, nur Spenden an DEBRA Austria.

Ich stimme zu, dass die von mir angegebenen Daten im Sinne der Ziele der DEBRA Austria verwendet werden.

ja

nein

Ich möchte die Mitgliederzeitung „DEBRA Aktuell“ zugeschickt bekommen.

ja

nein

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_