



**Cholesterin & Co: Patientenorganisation für Patienten mit Familiärer
Hypercholesterinämie oder anderen schweren genetischen
Fettstoffwechselstörungen (CholCo e.V.)**

Mitgliedsantrag der CholCo e.V. Patientenorganisation

Beitrittserklärung

- Ich möchte Mitglied bei CholCo e.V. werden. Jahresbeitrag € 20.-**
- Ich bin Betroffene/r
 - Ich bin Angehörige/r einer/s Betroffenen
 - Wir sind eine betroffene Familie* (20 € Familienbeitrag)
 - Ich bin Ärztin/Arzt und betreue Betroffene
 - Andere: Ich möchte aus folgendem Grund die Arbeit von CholCo unterstützen:

- Ich/Wir möchte/n mich/uns aktiv an der Arbeit beteiligen und
bitte/n um Kontaktaufnahme**

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Straße:

PLZ/Ort:

Telefon privat:

E-Mail:

Berufliche Tätigkeit:

Ort, Datum

Unterschrift

Weitere Familienangehörige:

(ggf. auch abweichende Adresse(n) aufführen):

- 1) Name, Vorname _____
Geburtsdatum: _____
Email: _____
- 2) Name, Vorname _____
Geburtsdatum: _____
Email: _____
- 3) Name, Vorname _____
Geburtsdatum: _____
Email: _____
- 4) Name, Vorname _____
Geburtsdatum: _____
Email: _____

Wir bitten Sie darüber hinaus um folgende Einverständniserklärung:

Ich bin damit einverstanden, dass folgende Daten CholCo-intern bekannt gegeben werden können:

- Meine Adresse
- Meine Telefonnummer
- Meine Mailadresse (**Zu beachten:** Alle Informationen wie z.B. Termine zur Mitgliederversammlung oder Rundbriefe werden wie laut Satzung per Mail versendet!)

Sepa-Basis-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige/wir ermächtigen CholCo e.V., Zahlungen von meinem/unserem Konto einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von CholCo e.V. auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen

Kontoinhaber/in: _____

Bank: _____

IBAN: _____ BIC: _____

Ort, Datum

Unterschrift Kontoinhaber/in

Ausgefüllten Antrag bitte zurück senden an:

CholCo e.V.
c/o Michaela Wolf
Hoherodskopfstr. 30
60435 Frankfurt