



DEUTSCHE HÄMOPHILIEGESELLSCHAFT ZUR BEKÄMPFUNG VON BLUTUNGSKRANKHEITEN e.V.

Bundesgeschäftsstelle:

Neumann-Reichardt-Straße 34 • 22041 Hamburg • Telefon (0 40) 6 72 29 70 • Fax (0 40) 6 72 49 44 • E-mail: dhg@dhg.de

Beitrittserklärung

Mitglieds-Nr.:	Region: <i>wird von der DHG ausgefüllt</i>	Krankenkasse:
----------------	-----------------------------------------------	---------------

Name: _____ Vorname: _____ geb. am: _____

Straße: _____ Nr.: _____

PLZ: _____ Wohnort: _____

Telefon: _____ Fax: _____ E-Mail: _____

Art der Mitgliedschaft:

Betroffene/r: Kind: _____ geb. am: _____

Art der Blutgerinnungsstörung: Hämophilie A Hämophilie B
von Willebrand-Jürgens-Syndrom Typ _____
andere Art: _____

Arzt sonst. medizinischer Beruf Fördermitglied

Die Beantwortung der nachfolgenden Fragen ist freiwillig, wäre für unsere Datenerfassung jedoch sehr hilfreich.

Der/die Betroffene(n) steht im Hämophiliezentrum _____
 beim Hausarzt _____
in regelmäßiger Behandlung.

Heimselbstbehandlung? ja, seit _____ nein
 Behandlung nur bei Bedarf (Blutung)
 Prophylaktische Therapie

Sind Sie oder ein Mitglied Ihrer Familie interessiert an speziellen Veranstaltungen für Jugendliche? ja nein

Können Sie sich vorstellen, dass Sie oder ein Mitglied Ihrer Familie bei Veranstaltungen für Jugendliche aktiv mithelfen?

ja, Name: _____ Alter: _____ nein

Ich erkläre mich hiermit bereit, Mitglied der Deutschen Hämophiliegesellschaft (DHG) zu werden und den Jahresbeitrag von 35 Euro auf eines der unten stehenden Konten zu überweisen oder die umseitige Einzugsermächtigung ausgefüllt und unterschrieben an die Geschäftsstelle der DHG zu senden.

Hamburger Sparkasse Nr. 1098/212267, BLZ 200 505 50 • Postbank Hamburg Nr. 5622 22-201, BLZ 200 100 20
HypoVereinsbank München Nr. 58 0382 4845, BLZ 700 202 70 • Postbank München Nr. 766 55-804, BLZ 700 100 80

Datum

Unterschrift

Einzugsermächtigung

DHG Telefon 040/672 29 70

Fax 040/672 49 44

**Deutsche Hämophiliegesellschaft
zur Bekämpfung von Blutungskrankheiten e.V.**
Neumann-Reichardt-Straße 34

22041 Hamburg

Hiermit ermächtige(n) ich/wir* Sie widerruflich, die von mir/uns* zu entrichtenden
Jahresbeiträge

bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres* Girokontos

Konto-Inhaber: _____

Konto-Nr.: _____ BLZ: _____

bei (genaue Bezeichnung des kontoführenden Kreditinstituts):

durch Lastschrift einzuziehen.

Wenn mein/unser* Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kon-
toführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung.

Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

Name und Anschrift des Zahlungspflichtigen:

Ort, Datum

Unterschrift(en) des/der Kontoinhabers/Kontoinhaberin

* Nicht Zutreffendes bitte streichen