Beitrittserklärung

Ich erkläre meinen Beitritt zur **FHchol Austria**, der Patientenorganisation für Patienten mit Familiärer Hypercholesterinämie oder verwandten genetisch bedingten Stoffwechselstörungen als

Ordentliches Mitglied (Jahresmitgliedsbeitrag EUR 20,00)

☐ Betroffene/r ☐ Angehörige/r einer/s Betroffenen ☐ betroffene Familie

Fördermitglied (Jahresmitgliedsbeitrag EUR 20,00)

☐ Ich bin Ärztin / Arzt und betreue Betroffene

☐ Ich möchte FHchol Austria unterstützen, weil _____

☐ **Ehrenmitglied (vom Mitgliedsbeitrag befreit)**

Name	Vorname	Titel

Geburtsdatum	Beruf

Straße/Nr	PLZ/Wohnort	Bundesland/Nation

Telefon	E-Mail	Fax

_____ _____

Datum Unterschrift

Die Beitrittserklärung senden Sie bitte an info@fhchol.at oder an

FHchol Austria

Fürst Liechtensteinstraße 2/9

1230 Wien

☐ Ich bin mit der Abbuchung des Mitgliedsbeitrages in der Höhe von EUR 20,00 pro Jahr einverstanden.

Kontoinhaber: _____

Bankinstitut: _____

BLZ: _____ Konto-Nummer: _____

_____

Datum: Unterschrift Kontoinhaber/in

Ich wünsche keine automatische Abbuchung, sondern ich möchte die Einzahlungsaufforderung für den Mitgliedsbeitrag

☐ per E-Mail ☐ per Brief erhalten.

Da wir eine ehrenamtliche Organisation sind, sind wir für jede zusätzliche Spende dankbar.

Bankverbindung: Bank Austria Kto. Nr.: 515 160 162 86, **BLZ:** 12000, **Empfänger:** FHchol Austria

Ihre Mitgliedschaft wird vertraulich behandelt, die Daten werden nicht weitergegeben. Wir bitten Sie für den Informationsaustausch um folgende Einverständniserklärung / Ablehnung:

Ich bin damit einverstanden, dass folgende Daten FHchol-intern verwendet werden:

☐ Meine E-Mail-Adresse

☐ Meine Telefonnummer

☐ Meine Anschrift

Zusatz „Betroffene Familie“:

_____

2. Name, Vorname Geburtsdatum E-Mail-Adresse

_____

3. Name, Vorname Geburtsdatum E-Mail-Adresse

_____

4. Name, Vorname Geburtsdatum E-Mail-Adresse