



# Kraniopharyngeom-Gruppe

## Die Selbsthilfegruppe von Betroffenen - für Betroffene

Unsere Anschrift

Kraniopharyngeom-Gruppe  
c/o Deutsche Kinderkrebsstiftung  
Adenauerallee 134

53113 Bonn

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

■ Bitte zweite Seite beachten! ►

ich möchte kostenlos die Zeitschrift  
 WIR  Total Normal (16–30 Jahre)  
der Deutschen Kinderkrebsstiftung erhalten

**Mitgliedsantrag:** Ich will eine  Familienmitgliedschaft  Einzelmitgliedschaft

**Vorname und Name** des Betroffenen: \_\_\_\_\_ **Geburts-**  
**datum:** \_\_\_\_\_

**Namen der Eltern** (bei Minderjährigen): \_\_\_\_\_ oder **Firmennamen** (bei  
fördernder Mitgliedschaft)

**Adresse der Eltern**  
falls abweichend: \_\_\_\_\_

**Straße und**  
**Hausnummer:** \_\_\_\_\_

**PLZ, Wohnort,**  
ggf. auch Land: \_\_\_\_\_

**Telefon, Handy:** \_\_\_\_\_ **E-Mail:** \_\_\_\_\_

**Hinweise zum** Personenbezogene Daten werden nur mit Ihrem Wissen und Einwilligung erhoben. Eine Wei-  
**Datenschutz:** tergabe der Adresse erfolgt nur im Sinne der Selbsthilfegruppe und nur mit Ihrer Einwilligung.  
Eine Auskunft über Ihre gespeicherten Daten erhalten Sie gerne auf Antrag.

Ich wünsche **Informationen, Kontakte** zu anderen Betroffenen

**Mein Beitrag:** \_\_\_\_\_ Euro im Jahr (Mindestbeitrag 12,- Euro)

Der Beitrag für Familienmitgliedschaften oder Einzelmitglieder beträgt 12 €. Er kann aber bis auf Widerruf auch von Ihnen erhöht werden. Sie würden damit die Gruppenarbeit sehr fördern.

**Kontonummer:** \_\_\_\_\_ **BLZ:** \_\_\_\_\_

**Kontoinhaber:** \_\_\_\_\_ **Bank:** \_\_\_\_\_

**Hinweis zur** Die Abbuchung erfolgt in der Regel im Mai jeden Jahres (bei Eintritt zwischen Mai und September  
**Abbuchung:** wird im Herbst abgebucht). Der Beitrag wird für jedes angefangene Jahr der Mitgliedschaft erhoben  
(Ausnahme: Beitritt erst nach dem Treffen der Gruppe im September). Die Einzugsermächtigung gilt  
bis auf Widerruf.

Hiermit ermächtige ich die Deutsche Kinderkrebsstiftung den jährlichen Mitgliedsbeitrag für die  
Kraniopharyngeom-Gruppe von meinem Konto einzuziehen.

**Ort,**  
**Datum:** \_\_\_\_\_

**Unterschrift**  
**Kontoinhaber:** \_\_\_\_\_

Kraniopharyngeom-Gruppe  
c/o Deutsche Kinderkrebsstiftung  
Adenauerallee 134  
53113 Bonn

Deutsche Kinderkrebsstiftung  
Kontonummer: 555 666 00  
Bankleitzahl: 370 800 40  
Commerzbank Köln  
Zweck: **Kraniopharyngeom-Gruppe**

**E-Mail:**  
Info@kraniopharyngeom.de  
**Internet:**  
**Ansprechpartner:**  
www.kraniopharyngeom.de

# Kraniopharyngeom-Gruppe

## Die Selbsthilfegruppe von Betroffenen - für Betroffene

Kraniopharyngeom-Gruppe  
c/o Deutsche Kinderkrebsstiftung  
Adenauerallee 134  
53113 Bonn

### Einwilligung zur Weitergabe Ihrer Daten im Rahmen der Gruppe

Ich bin damit einverstanden, dass folgende persönliche Daten über die Kranio-pharyngeom-Gruppe an andere von der Erkrankung Betroffene weitergegeben werden können:

Persönliche Daten vom Mitgliedsantrag übernehmen

Familienname, Vorname:

Betroffene(r), Geburtsdatum:

Adresse:

Telefonnummer:

Telefax/Handy:

E-Mail:

Zusätzliche Informationen zur Erkrankung:

Operation(en)  
Wann und Wo wurde operiert?:

Behandlungen (z.B. Bestrahlung):

Bemerkungen:

Ort

Datum

Unterschrift