

Hiermit beantrage ich/wir, als Mitglied in die Deutsche Klinefelter-Syndrom Vereinigung e.V. (DKSV) aufgenommen zu werden. Die Satzung des Vereins erkenne/n ich/wir an. Ich/wir bin/sind damit einverstanden, dass meine/unsere Daten in der EDV gespeichert werden.

.....
Name, Vorname

.....
Straße

.....
PLZ, Ort, Bundesland

.....
Beruf

Fon Mobil

.....
E-Mail Fax

.....
Geb.-Datum des Klinefelter-Trägers

Folgende Variante des Klinefelter-Syndroms wurde festgestellt:

.....
47,XXY (Klassische Form) andere Varianten

.....
Mosaik-Syndrom

.....
Ihr Benutzername im Internetforum



Zur Förderung der direkten Kontakte und damit des Erfahrungsaustausches der Vereinsmitglieder untereinander gibt die DKSV die Namen und Telefonnummern einzelner Vereinsmitglieder an kontaktsuchende andere Vereinsmitglieder weiter. Mit meiner/unsere(r) Unterschrift/en bestätige/n ich/wir mein/unsere Einverständnis.

Datum, Unterschrift
Diese Erklärung kann jederzeit widerrufen werden. Eine Weitergabe an Ärzte, Beratungsstellen, pharmazeutische Unternehmen oder sonstige unberechtigte Dritte erfolgt nicht.

Nein, mein Name und meine Telefonnummer sollen nicht an andere Vereinsmitglieder weitergegeben werden.

- Ich bin/wir sind
- Träger des Klinefelter-Syndroms
 - Eltern eines KS-Trägers
 - Partner/in eines KS-Trägers

- Die Mitgliedschaft soll geführt werden als:
- Einzelmitgliedschaft (Jahresbeitrag z.Zt. 30 €)
 - Familienmitgliedschaft (Jahresbeitrag z.Zt. 30 €)
 - Fördermitgliedschaft (..... €)

Datum, Unterschrift

Last-Einzugsermächtigung (gemäß unserer Satzung Pflicht für alle neuen Mitglieder in Deutschland). Hiermit ermächtige ich die dksv e.v., den Jahresmitgliedsbeitrag per Lastschrift von meinem Konto einzuziehen. Die Ermächtigung ist jederzeit widerrufbar.

.....
Kontoinhaber

.....
Kontonummer

.....
BLZ Bank

.....
Datum, Unterschrift

Deutsche Klinefelter-Syndrom Vereinigung e.V.
Franz Schorpp
Markusweg 4

93167 Falkenstein