Regionalverband Niere Magdeburg e.V.
Postfach 18 02 26, 39029 Magdeburg

Beitrittserklärung

Zur Person

Name: _____ **Vorname:** _____

Straße: _____

PLZ: _____ **Wohnort:** _____

geb. am: _____ **Geburtsort:** _____

erlernter Beruf: _____

Telefon: _____ **Mobil:** _____

Ich bin:
- **im Vordialysestadium**
- **Dialysepatient**
- **CAPD-Patient**
- **Transplantiert**
- **Partner**
- **Förderer**

seit: _____ **in der Dialyse** _____
(nur für Dialysepatienten)

Ich bin bereit, 1,50 Euro Aufnahmegebühr und den satzungsgemäßen Beitrag zu entrichten (z.Z. 17,40 Euro bzw. 8,00 Euro für Partner).

Datum: _____ **Unterschrift:** _____

Mitglied seit:

Ausweis ausgestellt am:

erfasst in Mitgliederliste:

Aufnahmegebühr bezahlt:

Meldung an DD am:

Sonstiges: