



European Chromosome 11 Network e.V.

## European Chromosome 11 Network

[www.chromosome11.eu](http://www.chromosome11.eu)

Doris Loesch

General Secretary

Stenggstrasse 27

A-8043 Graz

Tel.: +43-650-3812871

E-Mail: [doris.loesch@chromosome11.eu](mailto:doris.loesch@chromosome11.eu)

### Beitrittserklärung

Hiermit erkläre/n ich/wir meinen/unseren Beitritt zum „European Chromosome 11 Network e.V.“.

Als Mitglied erhalte ich Zugang zu einem regelmäßigen Newsletter und zu freigegebenen Informationen anderer Mitgliedsfamilien. Für die ca. alle zwei Jahre stattfindende europäische Konferenz erhalte ich als Mitglied Kostenermäßigungen.

Als Mitglied erkläre ich mich damit einverstanden, dass meine Daten an andere Mitglieder des Netzwerkes weitergegeben werden zum Zwecke der Kontaktaufnahme und des Informationsaustausches.

Der Mitgliedsbeitrag beträgt im Jahr **€ 20 pro Mitgliedsfamilie**. Er wird jeweils zum Jahresanfang fällig. Ein Austritt ist jederzeit möglich. Bereits gezahlte Jahresbeiträge werden nicht zurückerstattet.

#### Informationen zur Mitgliedschaft der Familie:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnr: \_\_\_\_\_ PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Land: \_\_\_\_\_ eMail: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

#### Informationen zum Chromosom 11 Kind:

Name: \_\_\_\_\_

männlich/weiblich:  m  w

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Chromosom 11 (wenn bekannt: Genauer Karyotyp, Jacobsen, Interstitielle Deletion, Translokation, etc.):

\_\_\_\_\_

Weitere wichtige Informationen zu ihrem Chromosom 11 Kind (freiwillig):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden (Website, Flyer, Hinweis von Ärzten, anderen Organisationen, Mitgliedern,...)?

\_\_\_\_\_

## Bezahlung des Mitgliedsbeitrags

- Ich/Wir nehmen am Einzugsermächtigungsverfahren teil (nur für deutsche Familien möglich)**

Hiermit ermächtige das „European Chromosome 11 Network e.V.“ widerruflich den von mir zu zahlenden Mitgliedsbeitrag bei Fälligkeit per Lastschrift einzuziehen. Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens der kontoführenden Bank keine Verpflichtung zur Einlösung.

IBAN: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

Name und Ort der Bank: \_\_\_\_\_

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

- Ich/Wir überweisen den Mitgliedsbeitrag jährlich zu Jahresbeginn auf das Konto des European Chromosome 11 Network e.V.**

Sparkasse Pforzheim, 75446 Wiernsheim, Deutschland,  
IBAN: DE87 6665 0085 0002 3508 82  
Swiftcode - BIC: PZHSDE66

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

-----

**Bitte diese Beitrittserklärung senden an:**

*Doris Loesch, Stenggstrasse. 27, 8043 Graz, Österreich*

*Tel: +43-650-3812871*

*eMail: doris.loesch@chromosome11.eu*

-----