

# Ihr kompetenter Partner in allen Fragen von Transplantationsbetroffenen

Schirmherrschaft: **Frau Christina Rau**



## Beitrittserklärung

Bitte füllen Sie für jedes Mitglied oder jeden Familienangehörigen ein gesondertes Formblatt aus.

- Ja, ich möchte den BDO durch meine Mitgliedschaft unterstützen. Als Mitglied (außer Mitgliedsart "B") erhalte ich ohne weitere Kosten die vierteljährlich erscheinende Zeitschrift "transplantation aktuell".

### Ich beantrage eine Mitgliedschaft als:

- (A) Transplantiertes, Wartepatient, Jahresbeitrag: 42 €  
 (B) Angehörige(r) (Partner) (nur möglich, wenn transplantiertes Angehöriger bereits Mitglied ist), Jahresbeitrag: 12 €  
 (C) jugendlicher Transplantiertes (14 bis 18 Jahre), Auszubildende(r) oder Student(in), Jahresbeitrag: 21 €  
 (D) Fördermitglied, mit einem nach oben freibleibenden Jahresbeitrag, mindestens jedoch ein Jahresbeitrag von 42 € (Ehepaar 50 €)  
 (E) Elternteil eines wartenden oder transplantierten Kindes, Jahresbeitrag: 42 € (Elternpaar: 50 €).

Mitgliedern zu (A) bis (C) und (E) aus den neuen Bundesländern, wird auf die obigen Jahresbeiträge ein Nachlass von 20 v.H. gewährt und zwar solange, wie in Bundesgesetzen gleichlautende Regelungen Anwendung finden.

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- Mitglieder,  Presse,  TV/Radio,  Internet,  Transplantationszentrum,  
gegebenenfalls durch wen: \_\_\_\_\_

ID: \_\_\_\_\_ Mitgliedsart: \_\_\_\_\_ Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_ \*

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_ Regionalgruppe: \_\_\_\_\_ \*

Aufnahmedatum: \_\_\_\_\_ \* Unterschrift: \_\_\_\_\_ \*\*  
(bei Minderjährigen Unterschrift des gesetzlichen Vertreters)

### nur für Transplantierte und Wartepatienten

Warteorgan/e: \_\_\_\_\_ transplantiertes Organ/e: \_\_\_\_\_ Transplant.-Dat(en)um: \_\_\_\_\_

Transplantationszentrum: \_\_\_\_\_ Herzschrittmacher:  ja Blutgruppe: \_\_\_\_\_

Eltern eines transplantierten Kindes füllen bitte zusätzlich folgende Felder aus:

Name, Vorname des Kindes: \_\_\_\_\_ Schule: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Warteorgan: \_\_\_\_\_ transplantiertes Organ: \_\_\_\_\_ Transplantationsdatum: \_\_\_\_\_

Transplantationszentrum: \_\_\_\_\_ Herzschrittmacher:  ja Blutgruppe: \_\_\_\_\_

### Einzugsermächtigung:

Ich ermächtige den BDO, widerruflich den zu entrichtenden Mitgliedsbeitrag jährlich zu Lasten meines Kontos abzubuchen.

Kontoführendes Institut: \_\_\_\_\_

Bankleitzahl: \_\_\_\_\_ Kontonummer: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift des Kontoinhabers: \_\_\_\_\_ \*\*

\*Felder werden vom BDO ausgefüllt

\*\*Bitte beide Unterschriften leisten

Bitte einsenden an: Bundesverband der Organtransplantierten e.V., Paul-Rücker-Str. 22, D - 47059 Duisburg

Spendenkonto: Bank für Sozialwirtschaft Köln, Filiale Essen – Konto 72 110 01 – BLZ 370 205 00

Beitragskonto: Bank für Sozialwirtschaft Köln, Filiale Essen – Konto 72 110 02 – BLZ 370 205 00