

Deutsche Leberhilfe e.V.  
– Mitgliedschaft/Abonnement –  
Krieler Str. 100  
50935 Köln

## Antrag auf Mitgliedschaft

- Ja, ich möchte die Arbeit der Deutschen Leberhilfe e.V. unterstützen, und zwar als ordentliches Mitglied mit einem jährlichen Mitgliedsbeitrag von
- € 66,- (Wohnort in Deutschland)
  - € 75,- (Wohnort im europäischen Ausland)
  - € 82,- (Wohnort außerhalb von Europa)
  - mit einem selbst gewählten, höheren Jahresbeitrag in Höhe von € \_\_\_\_\_

Mitglieder erhalten viermal jährlich die regulären „Lebenszeichen“-Ausgaben. Darüber hinaus sind Sonderhefte und telefonische Beratung im Mitgliederbeitrag enthalten. Die Mitgliedschaft verlängert sich jeweils um ein weiteres Jahr, wenn nicht spätestens einen Monat vor Ablauf des Kalenderjahres (30.11.) die schriftliche Kündigung erfolgt.

## Abonnement der „Lebenszeichen“

- Hiermit bestelle ich das Magazin „Lebenszeichen“ für die Dauer von einem Jahr zum Bezugspreis von
- € 38,- (Wohnort in Deutschland)
  - € 57,- (Wohnort im europäischen Ausland)
  - € 76,- (Wohnort außerhalb von Europa)

Abonnenten erhalten viermal im Jahr das Magazin „Lebenszeichen“. (Sonderhefte und telefonische Beratung sind im Abonnement nicht enthalten.) Das Abonnement verlängert sich jeweils um ein weiteres Jahr, wenn nicht spätestens drei Monate vor Ablauf des Kalenderjahres (30.09.) die schriftliche Kündigung erfolgt.

Hinweis: Wenn Sie eine Mitgliedschaft eingehen, erhalten Sie neben den „Lebenszeichen“ automatisch auch weitere Informationen, wie z. B. zu Arzt-Patienten-Seminaren. Wenn Sie dies nicht wünschen, kontaktieren Sie uns bitte unter Tel.: 0221/2829980 oder [info@leberhilfe.org](mailto:info@leberhilfe.org).

- Gleichzeitig ermächtige ich die Deutsche Leberhilfe e.V. widerruflich, den Betrag von folgenden Konto abzubuchen:

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

Kontoinhaber (Nachname, Vorname): \_\_\_\_\_

*Datum, Unterschrift des Kontoinhabers (falls nicht identisch mit Antragsteller)*

## Absender/Antragssteller

Nachname, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ Geburtstag: \_\_\_\_\_

Diagnose (freiwillig): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Datum, Unterschrift des Antragstellers*