

**Bitte diese Seite ausdrucken und an die Geschäftsstelle der Schilddrüsenliga Deutschland e.V. schicken:**

Geschäftsstelle der Schilddrüsen-Liga Deutschland e.V.

Ev. Kliniken Bonn GmbH, Waldkrankenhaus  
Waldstraße 73  
53177 Bonn

### **Beitrittserklärung**

Ich erkläre hiermit meinen Beitritt zur Schilddrüsenliga Deutschland e.V.

Ort, Datum:

Unterschrift:

Mit Ihrem Mitgliedsbeitrag tragen Sie dazu bei, das Wissen um die Krankheiten der Schilddrüse, ihre Vorbeugung, Früherkennung und bestmögliche Behandlung in einem Dialog zwischen Schilddrüsenexperten und Patienten zu fördern. Sie unterstützen die Bildung von Selbsthilfegruppen, in denen sich Schilddrüsen-Patienten und deren Angehörige zusammenfinden und sich gegenseitig unterstützen. Der Jahresbeitrag für Mitglieder der Liga beträgt Euro 31, für Ärzte Euro 52 und für Senioren über 65 Jahre Euro 16, bei Doppelmitgliedschaften (andere Vereine, bzw. Organisationen im Gesundheitswesen) und für nicht erwerbstätige Mitglieder Euro 11.

Vielen Dank.

### **Ermächtigung zum Einzug einer Forderung durch Lastschrift**

#### **Zahlungsempfänger:**

Geschäftsstelle  
Schilddrüsen-Liga Deutschland e.V.  
Ev. Kliniken Bonn GmbH, Waldkrankenhaus  
Waldstraße 73  
53177 Bonn

#### **Kontoinhaber (bitte in Druckbuchstaben ausfüllen):**

Name:	
Straße:	
PLZ/Ort:	
Tel./Fax:	

Hiermit ermächtige ich Sie widerruflich, den jährlichen Mitgliedsbeitrag zur Schilddrüsen-Liga in Höhe von  Euro zu Lasten meines Kontos bei:

Kreditinstitut:	
Konto-Nr.:	
Bankleitzahl:	

durch Lastschrift einzuziehen.

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung.

Ort, Datum:

Unterschrift: