



## Persönliche Daten

### Haupt-Mitgliedschaft

Vorname	
Nachname	
Geburtsdatum	

- Status
- Patient    Kind-Patient  
 Partner  
 Erziehungsberechtigter  
 Förder-Mitglied

### 2. Mitgliedschaft

Vorname	
Nachname	
Geburtsdatum	

- Status
- Kind-Patient  
 Partner  
 Erziehungsberechtigter  
 Sonstiges-Mitglied

## Adressen Informationen

Straße	
PLZ	
Telefon	
Fax	

Hausnummer	
Ort	
Handy	
E-Mail-Adresse	

### Zusätzliche, freiwillige Angaben

- Patient ist
- Nicht dialysepflichtig  
 Dialysepflichtig  
 Transplantiert
- Ich mache
- Praxis-Dialyse  
 Heim-Dialyse  
 LC-Dialyse  
 CAPD  
 Klinik-Dialyse  
 Keine Dialyse

### Beitrag

- Beitrag
- Mitglied \*\*\* 25 Euro \*\*\*  
 Familie \*\*\* 35 Euro \*\*\*  
 Förderer \*\*\* 50 Euro \*\*\*

- Zahlungsart
- Einzugsermächtigung  
 Selbstzahler

## Kontoinformationen

Meine erste Dialyse	
Mein Dialysezentrum	
Meine Krankenkasse	
Mein Beruf	

Kontoinhaber	
Kontonummer	
BLZ	
Name der Bank	

Mitgliedsantrag \_\_\_\_\_ Datum/Unterschrift

Einzugsermächtigung \_\_\_\_\_ Datum/Unterschrift

Bitte drucken Sie diesen Antrag aus. Nach dem Ausfüllen, bitte ausdrucken und unterschreiben. Senden Sie den Antrag dann an die neben stehende Adresse.  
Wir freuen uns, das Sie sich uns anschließen wollen.

Nieren Selbsthilfe Hamburg e.V.  
c/o Stefan Drass  
Postfach 71 04 04  
22164 Hamburg