

**Antrag auf Mitgliedschaft**

**im Netzwerk der Transplantationsbeauftragten Region NORD e.V.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Name, Vorname

**(Nicht zutreffendes bitte streichen)**

Hiermit bitte ich um Aufnahme als Mitglied im Netzwerk der Transplantationsbeauftragten Region NORD e.V. zum Datum \_\_\_ .\_\_\_\_\_ .\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

Ich bin aktiver TxB und offiziell dazu benannt von der Klinik

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ich bin **NICHT** aktiver, offiziell benannter TxB und möchte als **NICHT**-stimmberechtigtes Mitglied zum \_\_ . \_\_ . \_\_\_\_ (Datum) in den Verein eintreten. Begründung:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (optional)

* als Fördermitglied
* als Ehrenmitglied

Die Satzung des Vereins (incl. Datenschutzhinweisen) ist mir bekannt und ich stimme den Bedingungen ausnahmslos zu.

Ich bitte um Kontaktaufnahme unter:

email:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Datum \_\_\_. \_\_\_ . \_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift