



MITGLIEDS-ANMELDUNG ZUR DEUTSCHEN ILCO e.V.

Bundesgeschäftsstelle:
Thomas-Mann-Str. 40, 53111 Bonn

EINTRITT ALS MITGLIED

Eintritt als
Mitglied **ab 01.01.**
(voller Jahresbeitrag)

oder **ab 01.07.**
(halber Jahresbeitrag)

bitte nicht ausfüllen -
nur für interne Vermerke

- als Stoma-, Pouchträger/in oder Darmkrebsbetroffene/r
- als förderndes Mitglied als nächste/r Angehörige/r (Partner, Eltern, Kind)
- Ich habe Interesse, ehrenamtlich mitzuarbeiten

Name*

Vorname*

Straße*

PLZ/Ort*

Telefon*

Geburtsdatum*

Beruf*

E-Mail

(falls Rentner, bitte auch vorherigen Beruf)

Ich wünsche Zugehörigkeit zur ILCO-Region:

ERKLÄRUNG ZUR ZAHLUNG DES MITGLIEDSBEITRAGES*

Die Mitgliedschaft schließt den vierteljährlichen Bezug der Zeitschrift ILCO-PRAXIS ein. Der Regelbeitrag beträgt 36 EUR, bei Eintritt in der 2. Jahreshälfte 18 EUR (bei wirtschaftlicher Not bitte an den Bundesverband wenden). Angehörige zahlen bei Verzicht auf die ILCO-PRAXIS den halben Regelbeitrag. Der Mindestbeitrag für Fördermitglieder beträgt 36 EUR. Der Beitrag ist steuerabzugsfähig.

Ich möchte meinen Beitrag auf EUR erhöhen.

Ich bitte, den Beitrag von meinem Konto abzurufen, zum ersten Mal für das Jahr .

SEPA-Lastschrift-Mandat

Deutsche ILCO e.V., Bonn · Gläubiger-Identifikationsnummer: DE87ZZZ00000168638

Mandatsreferenz = zukünftige Mitgliedsnummer

Ich ermächtige die Deutsche ILCO e.V., Zahlungen für meine Mitgliedschaft jährlich von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, gezogene Lastschriften einzulösen.

BIC

IBAN

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

.....
Name und Anschrift des Kontoinhabers, falls nicht mit Mitglied identisch

.....
Datum, Ort

.....
Unterschrift

Ich möchte den Beitrag überweisen. Ich bitte um Zusendung eines Überweisungsvordrucks.

ANGABEN ZUR PERSON (für statistische Zwecke / freiwillige Angaben)

Art und Besonderheiten des Stomas (Mehrfachangaben möglich):

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Colostomie
(Dickdarmausgang, meist links oder Mitte) | <input type="radio"/> Urostomie und Colostomie |
| <input type="radio"/> Ileostomie
(Dünndarmausgang, meist rechts) | <input type="radio"/> Ileostomie mit Kock'scher Tasche |
| <input type="radio"/> Urostomie (künstliche Ableitung der Harnwege) | <input type="radio"/> Sonstige:
..... |
| <input type="radio"/> Ileum / Colon Conduit | <input type="radio"/> vorübergehend angelegtes Stoma |
| <input type="radio"/> Uro-Pouch (Urostomie mit Reservoir) | <input type="radio"/> endgültiges Stoma |
| <input type="radio"/> ileoanaler Pouch | <input type="radio"/> Stoma rückverlegt |
| | <input type="radio"/> kein Stoma |

Vorerkrankung, die zur Operation und/oder Stomaanlage führte (Mehrfachangaben möglich):

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Dickdarmkrebs | <input type="radio"/> Familiäre Polyposis |
| <input type="radio"/> Divertikelkrankheit | <input type="radio"/> Unfall |
| <input type="radio"/> Darmverengung (Stenose) | <input type="radio"/> angeborene Fehlbildung |
| <input type="radio"/> Darmverschluss (Ileus) | <input type="radio"/> Blasenkrebs |
| <input type="radio"/> Polypen | <input type="radio"/> neurogene
Blasenentleerungs-Störungen |
| <input type="radio"/> Durchblutungsstörungen | <input type="radio"/> sonstige Vorerkrankung(en):
..... |
| <input type="radio"/> Bestrahlungsschäden | <input type="radio"/> nicht bekannt |
| <input type="radio"/> Colitis ulcerosa | |
| <input type="radio"/> Morbus Crohn | |

Darmkrebs und dessen Behandlung (Mehrfachangaben möglich):

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> keine Operation | <input type="radio"/> sonstige Therapie(n):
..... |
| <input type="radio"/> Operation am Dünndarm | <input type="radio"/> Chemotherapie (medikamentöse Therapien) |
| <input type="radio"/> Operation am Dickdarm | <input type="radio"/> Strahlentherapie |
| <input type="radio"/> Operation am Mastdarm
(Rektum, Nähe Schließmuskel) | <input type="radio"/> biologische Zusatzbehandlung |

Operationsort / Krankenhaus (Anlage des künstlichen Ausganges bzw. Darmkrebsbehandlung)

Operationsjahr / erste Stomaanlage

--	--	--	--

Durch wen oder was wurde ich auf die Deutsche ILCO aufmerksam?

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich mit der Speicherung meiner angegebenen Daten in der Bundesgeschäftsstelle einverstanden.

Ich widerspreche der Weitergabe

- meiner Anschrift
- meiner Angaben zur Stomaart bzw. Erkrankung

an die verantwortlichen Mitarbeiter der für mich zuständigen Region bzw. des zuständigen Landesverbandes.

Wir speichern und verarbeiten nur im Rahmen der Mitgliedschaft die für unsere Mitgliederverwaltung erforderlichen personen- und gesundheitsbezogenen Daten sowie die Zahlungsmodalitäten (§28 Abs. 1, Nr. 1 Bundesdatenschutzgesetz). Nach Beendigung der Mitgliedschaft werden alle Daten gelöscht.

Ihre Anschrift sowie ggf. Angaben zur Stomaart bzw. Erkrankung erhalten – Ihr Einverständnis vorausgesetzt – lediglich die verantwortlichen (und zur Vertraulichkeit verpflichteten) Mitarbeiter der zugeordneten ILCO-Region sowie des ILCO-Landesverbandes. Dadurch ist die Möglichkeit gegeben, Sie zu Veranstaltungen einzuladen.

Datum*

Unterschrift*