

# Niere Kärnten

9020 Klagenfurt, Funderstraße 15

Mail: [kaernten@argeniere.at](mailto:kaernten@argeniere.at)

Tel.: (+43) 670 6013263

Web: [www.nierekaernten.at](http://www.nierekaernten.at) ZVR-Zahl: 056201391



## BEITRITTSERKLÄRUNG

**Ich erkläre meinen Beitritt als ordentliches bzw. unterstützendes Mitglied**

in konservativer Behandlung (nicht an der Dialyse)

Dialysepatient seit: \_\_\_\_\_

Angehöriger

CAPD- / Heimdialysepatient seit: \_\_\_\_\_

unterstützendes Mitglied

transplantiert seit: \_\_\_\_\_

Sonstiges

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

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

Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Ich nutze  WhatsApp  facebook  instagramm  andere social media

Mein Krankenhaus: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_ Beitrittsdatum: \_\_\_\_\_

Ich bin einverstanden, dass meine o.a. Daten ausschließlich für den internen Gebrauch verwendet werden (z.B. Versenden der Vereinszeitung, Geburtstagskarten, Einladungen).

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Der **Mitgliedsbeitrag** beträgt **€ 30,-** pro Jahr!

Bitte auf unser Vereinskonto einzahlen: Niere Kärnten, **AT06 1200 0780 1597 0500**

Bei Zahlungszweck bitte Vorname, Name und Mitgliedsbeitrags-Jahr angeben!

Beitrittserklärung bitte senden an: [max.taferner1@gmx.at](mailto:max.taferner1@gmx.at)  
Max Taferner, Seestrasse 12, 9583 Faak am See, Tel.: 0650 3544 263