

**Aufnahmeantrag (per Post zurück an uns!)**

CDKL5 Deutschland e.V.  
Vorstand  
Rhönstr. 2  
55129 Mainz

**Ordentliche Mitgliedschaft**

\_\_\_\_\_  
Vorname und Name (Mitglied)

\_\_\_\_\_  
Vorname und Name (weiteres Mitglied)

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
PLZ / Ort

\_\_\_\_\_  
Email

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Kind mit CDKL5

\_\_\_\_\_  
Diagnose

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

Ich bin / wir sind mit der Weitergabe  
unserer Adresse an andere  
betroffene Familien einverstanden.

Höhe des jährlichen Mitgliedsbeitrags:

35,00 € oder mehr:

\_\_\_\_\_ €

**Fördermitgliedschaft**

\_\_\_\_\_  
Vorname und Name (Mitglied)

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
PLZ / Ort

\_\_\_\_\_  
Email

\_\_\_\_\_  
Telefon

Höhe des jährlichen Mitgliedsbeitrags:  
(bitte ankreuzen)

35,00 € oder mehr:

\_\_\_\_\_ €

### **Einzugsermächtigung**

**Hiermit ermächtige ich / Hiermit ermächtigen wir Sie widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines / unseres untenstehenden Kontos durch Lastschriften einzuziehen.**

**Kontoinhaber**

---

**Konto**

---

**BLZ**

---

**IBAN**

---

**BIC**

---

**Name des Kreditinstituts**

---

**Betrag**

---

**Datum / Unterschrift**

---