



BEITRITTSERKLÄRUNG

Tel./Fax: (01) 804 83 84

Durch meine Mitgliedschaft will ich die Österreichische Wachkoma Gesellschaft unterstützen und stärken. Nur durch die Solidarität der Betroffenen bzw. deren Angehörigen und die Mithilfe von engagierten Menschen können wir unser Ziel, die Gesamtsituation schnell zu verbessern, gemeinsam erreichen.

Familienname: **Vorname:**

Anschrift:

Tel.Nr.: **Fax:**

E-Mail:

Mit der Unterfertigung dieser Beitrittserklärung erkläre ich mich mit den Statuten der Österreichischen Wachkoma Gesellschaft einverstanden.

Unter Bezugnahme auf das Datenschutzgesetz gebe ich meine Zustimmung, dass alle o. a. Daten in die Mitgliederkartei der Österreichischen Wachkoma Gesellschaft aufgenommen werden können.

Die Verbesserung der Situation von Wachkoma-Patienten braucht Ihre Unterstützung. Wir müssen ausbilden und forschen.

- Jahres-Mitgliedsbeitrag **15,-- Euro** pro Person
- freiwillige Spende

Bankverbindung: Niederösterreichische Landesbank-Hypothekenbank AG
IBAN: AT55 5300 0036 5500 9778
BIC: HYPNATWW
Empfänger: Österreichische Wachkoma Gesellschaft

Zutreffendes bitte ankreuzen:

- Ein Familienangehöriger ist betroffen
- Sonstige Gründe für den Beitritt

Wien,

.....
(Unterschrift)