



CholCo e.V. • Hoherodskopfstr.30 • 60435 Frankfurt

**CholCo e.V.**  
c/o Michaela Wolf  
Hoherodskopfstraße 30  
60435 Frankfurt

## Mitgliedsantrag der Patientenorganisation CholCo e.V.

### Beitrittserklärung

Ich möchte Mitglied bei CholCo e.V. zu einem Jahresbeitrag von 20 Euro werden.

- Ich bin Betroffene/r
- Ich bin Angehörige/r einer/s Betroffenen
- Wir sind eine betroffene Familie\* (20 € Familienbeitrag)
- Ich bin Ärztin/Arzt und betreue Betroffene

Name, Vorname:

---

Geburtsdatum:

---

Straße/ Nr.:

---

PLZ/Ort:

---

Telefon privat:

---

E-Mail:

---

Ort, Datum

Unterschrift

Ihre Daten werden im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen von uns  
verarbeitet. Die Datenschutzerklärung finden Sie auf unserer Homepage  
[www.cholco.de](http://www.cholco.de)

**CholCo e.V.**

Hoherodskopfstraße 30  
60435 Frankfurt  
Telefon 069- 95425945  
[info@cholco.de](mailto:info@cholco.de)  
[www.cholco.de](http://www.cholco.de)

**Weitere Familienangehörige**, die ebenfalls als Mitglied aufgenommen werden (Kinder und Jugendliche bis 27 Jahre)

1) Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

2) Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

**Sepa-Basis-Lastschriftmandat:**

Ich ermächtige/wir ermächtigen CholCo e.V., Zahlungen von meinem/ unserem Konto einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von CholCo e.V. auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen

Kontoinhaber \_\_\_\_\_

Bank \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_

BIC \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Kontoinhaber/in

Wie sind Sie auf die Patientenorganisation aufmerksam geworden?

\_\_\_\_\_

**CholCo e.V.**

Hoherodskopfstraße 30  
60435 Frankfurt  
Telefon 069- 95425945  
info@cholco.de  
[www.cholco.de](http://www.cholco.de)