Antrag auf Mitgliedschaft in der Bundesarbeitsgemeinschaft für ambulante psychosoziale Krebsberatung e. V. (BAK)

An die
Bundesarbeitsgemeinschaft für ambulante
psychosoziale Krebsberatung e. V. (BAK)

Bitte ausdrucken, ausfüllen und
per Post/per Fax versenden an:

BAK-Mitgliederverwaltung:
Gudrun Bruns, Krebsberatung TiM e.V.,
Gasselstiege 13, 48159 Münster

Tel. 0251-625 620 11, Fax: 0251-625 620 19
Mail: gudrun.bruns@bak-ev.org

□ **AKTIVE MITGLIEDSCHAFT**	□ **PASSIVE MITGLIEDSCHAFT**
Ich beteilige mich an der Durchführung der durch die Satzung festgelegten Aufgaben der BAK und arbeite derzeit psychosozial/psychoonkologisch an einer ambulanten psychosozialen Krebsberatungsstelle	Ich fördere die Aufgaben der BAK materiell oder ideell. Ich möchte an den Veranstaltungen der BAK teilnehmen.

Bitte unbedingt ausfüllen!

Name, Titel, Vorname: _____

Dienstadresse:

Krebsberatungsstelle/
Trägerinstitution: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon/Fax: _____

E-Mail* (erforderlich): _____

Privatadresse:

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Geburtsdatum: _____

Berufsabschluss: _____

Jetzige Tätigkeit: _____

Arbeit mit onkologischen Patienten seit: _____

Für die Korrespondenz wünsche ich als Kontaktadresse meine Dienstadresse: □ Privatadresse: □

Ich verpflichte mich zur regelmäßigen Zahlung des Mitgliedsbeitrages in Höhe von (bitte ankreuzen):

Ich ermächtige die BAK zum Einzug meines Mitgliedsbeitrages:

Kontoinhaber: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Kreditinstitut: _____

O 60 € pro Jahr (bei einer Beschäftigung von mehr als 20 Stunden pro Woche)
O 40 € pro Jahr (bei einer Beschäftigung von bis zu 20 Stunden pro Woche)

Die Satzung der BAK, die ich gelesen habe, erkenne ich hiermit an. Hinweise zum Datenschutz und zu Ihren Betroffenenrechten finden Sie unter https://bak-ev.org/datenschutz. Die Datenschutzerklärung habe ich gelesen und bin damit einverstanden, dass meine Daten zwecks Mitgliederverwaltung gespeichert werden. Ich kann diese Zustimmung jederzeit widerrufen.

_____

Datum, Unterschrift