



# Bundesverband

## Neurodermitiskranker in Deutschland e.V.

Selbsthilfeorganisation für Neurodermitis-, Asthma-, Allergie-, Vitiligo- und Psoriasisranke

Telefon: 06742/8713-0

Fax Nr.: 06742/2795

Geschäftsstelle des Bundesverbandes

Oberstraße 171 · Postfach 11 65 · 56154 Boppard

Homepage: www.neurodermitis.net

E-Mail: info@neurodermitis.net

### BEITRITTSERKLÄRUNG

Hiermit treten wir/trete ich

\_\_\_\_\_ (Vorname)

\_\_\_\_\_ (Nachname)

geboren am: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (Straße)

\_\_\_\_\_ (PLZ)

\_\_\_\_\_ (Wohnort)

\_\_\_\_\_ (Telefon)

\_\_\_\_\_ (Telefax)

\_\_\_\_\_ (E-Mail)

**Ehefrau/Ehemann** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (Vorname)

\_\_\_\_\_ (Nachname)

geboren am: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

**Kinder unter 18 Jahren:**

\_\_\_\_\_ (Vorname)

\_\_\_\_\_ (Nachname)

\_\_\_\_\_ (geboren am)

\_\_\_\_\_ (Vorname)

\_\_\_\_\_ (Nachname)

\_\_\_\_\_ (geboren am)

\_\_\_\_\_ (Vorname)

\_\_\_\_\_ (Nachname)

\_\_\_\_\_ (geboren am)

\_\_\_\_\_ (Vorname)

\_\_\_\_\_ (Nachname)

\_\_\_\_\_ (geboren am)

dem Bundesverband Neurodermitiskranker in Deutschland e.V. bei.

.....  
Der Jahresbeitrag beträgt für Sie, egal ob Sie als Einzelmitglied, mit Ihrem Ehepartner, mit und ohne Ihr Kind/Ihre Kinder in den Bundesverband eintreten, jährlich

**45,- €.**

Sie möchten darüber hinaus jährlich einen **zusätzlichen** Sonderbeitrag leisten, bis auf Widerruf, dann setzen Sie den Betrag bitte hier ein: \_\_\_\_\_,- € – Danke!

**Der Jahresbeitrag wurde zuletzt auf der Mitgliederversammlung am 6. Mai 2001 festgelegt.**

Der entsprechende Betrag kann \_\_\_ jährlich \_\_\_ halbjährlich von meinem Konto abgebucht werden. (Zutreffendes bitte ankreuzen.)

\_\_\_\_\_ (Kto.-Nr.)

\_\_\_\_\_ (Bankleitzahl)

\_\_\_\_\_ (Geldinstitut)

\_\_\_\_\_ in (Ort)

„Ich wünsche Zahlung gegen Rechnung“ ( ) ggf. ankreuzen

( \_\_\_ jährlich oder \_\_\_ halbjährlich)

\_\_\_\_\_ (Ort und Datum)

\_\_\_\_\_ (Unterschrift)

# BESTELLSCHEIN

**Als Mitglied des Bundesverbandes bitte ich nunmehr um kostenlose  
Übersendung folgender Unterlagen:**

(Zutreffendes und Gewünschtes bitte ankreuzen)

1. Satzung (wird automatisch mitübersandt) ( )
2. neueste Ausgabe der Mitgliederzeitung „neurodermitis“ ( )
3. alle noch vorhandenen rückliegenden Ausgaben von „neurodermitis“ ( )
4. Diät- und Hautpflegeplan ( )
5. Broschüre „Allergien – Volkskrankheiten Nr. 1?“ ( )
6. Broschüre „Impfen – ja oder nein – die oft bange Frage der Eltern“ ( )
7. Broschüre „Darmassoziierte Krankheiten wie Neurodermitis...“ ( )
8. Broschüre „Toxische Auswirkungen von Amalgam“ ( )
9. Broschüre zur Therapie der „Spezialklinik Neukirchen“ ( )
10. Broschüre zur Therapie der Klinik „Hof Bellevue“ ( )
11. Fachkrankenhaus Schloss Friedensburg, Leutenberg ( )
12. Informationen zur Psoriasistherapie der Spezialkliniken  
Neukirchen und Rötz ( )
13. Informationen zum Centro de Terapia Antroposófica, Lanzarote ( )
14. Information zur AHIT von Dr. Kief ( )
15. Broschüre „Naturheilverfahren bei Neurodermitis und allergischen  
Erkrankungen“ ( )
16. Alle neuesten Informationen in gedruckter Form ( )
17. Als Mitglied wünsche ich eine persönliche Beratung in der Bundes-  
geschäftsstelle. Ich werde deshalb zur Terminvereinbarung anrufen. ( )
18. Ich wünsche eine telefonische Beratung und werde beim  
Bundesverband zu folgenden Fragen anrufen: (ggf. Folgeblatt beifügen)

---

---

---

---

---

---

---

---

Ich wurde von Ihrem Mitglied

Vorname:

Name:

Straße/Nr.:

Plz/Ort:

geworben.