



Interessengemeinschaft Epidermolysis Bullosa e. V.  
DEBRA Deutschland  
Mühlweg 23

35216 Biedenkopf

Ich möchte Mitglied der I.E.B. – Debra Deutschland e. V. werden und bitte um Zusendung eines Aufnahmeantrags!

Mit einem Stern (\*) gekennzeichnete Angaben sind Pflichtangaben!

**Anrede \*** \_\_\_\_\_

**Name \*** \_\_\_\_\_

**Vorname \*** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum \*** \_\_\_\_\_

**Straße, Hausnummer \*** \_\_\_\_\_

**Postleitzahl \*** \_\_\_\_\_

**Ort \*** \_\_\_\_\_

**Telefon \*** \_\_\_\_\_

**Mobil** \_\_\_\_\_

**Fax** \_\_\_\_\_

**E-Mail** \_\_\_\_\_

**Webseite** \_\_\_\_\_

**Betroffener**

**Angehöriger**

**Förderer**

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten ausschließlich zu statistischen Zwecken von der I.E.B. gespeichert werden. Eine Weitergabe der Daten an Dritte wird nicht erfolgen.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift