

Aufnahmeantrag



Bund zur
Unterstützung
Radarstrahlengeschädigter
Deutschland e.V.

Kontaktdaten

Antragsteller:

Name	Vorname	Letzter Dienstgrad
Straße:	PLZ:	Ort:
PK:	E-Mail:	
Tel:	FAX	Diensteintritt:
Mobil Tel:		Dienstende:

- Bw NVA
- Heer
- Luftwaffe
- Marine
- SaZ ___ Jahre
- Berufssoldat
- Zivilangestellter

Geschädigter:

Name	Vorname	Letzter Dienstgrad
Straße:	PLZ:	Ort:
PK:	E-Mail:	
Tel:	FAX	
Mobil Tel:		

- Geschädigter ist:**
- Antragsteller
- mein Ehemann
- mein Vater
- meine Mutter

Dienstlicher Werdegang des Geschädigten

Dienststellen:

von:	bis:	Dienstort / Einheit:	Waffensystem / Gerät:	Tätigkeit:

Gesundheitlicher Werdegang

Geboren am:	Erkrankt am:	Leidensbezeichnung: (Bitte Atteste und ärztliche Unterlagen in Kopie beilegen.)
Verstorben am:		Todesursache:
Folgeerkrankung:	Erkrankt am:	
1.		
2.		
3.		

_____ Datum / Unterschrift

WDB Antrag

WDB-Antrag

<i>Datum:</i>	<i>Amt / Gericht:</i>	<i>Akt. Zeichen:</i>	<i>Sachbearbeiter</i>	<i>Ergebnis:</i>

Strahlenschutz
in Ihrer
Dienstzeit

Arbeitsbereich

<i>Gerät</i>	<i>Kennzeichnung als Kontrollbereich?</i>	<i>Personendosimeter?</i>	<i>½ jährliche Belehrung?</i>	<i>Medizinische Überwachung?</i>	<i>Strahlenschutzbeauftragter?</i>
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Der Bund zur Unterstützung Radarstrahlengeschädigter Deutschland e.V. ist schon seit Beginn des Jahres 2001 tätig. Die Eintragung als gemeinnütziger Verein ist am 28.04.2001 beim Amtsgericht Langen erfolgt. Der Mitgliedsbeitrag ist auf monatlich €10 (zehn Euro) festgesetzt. Der Beitrag ist jeweils zum ersten des Zahlungszeitraums fällig. Anpassungen können nur von der Mitgliederversammlung beschlossen werden.

Eine Kündigung ist nur mit einer Frist von mindestens 6 Wochen zum Quartalsende möglich.

Auf Wunsch können Spendenquittungen durch den Kassenwart ausgestellt werden. Mit der Speicherung, Übermittlung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für Vereinszwecke gemäß Bundesdatenschutzgesetz bin ich einverstanden.

Ich erkenne die Satzung und die Geschäftsordnungen und die Beitragsordnung des Vereins an.

Beitragszahlung:

- Einzugsermächtigung
- Dauerauftrag

Ich wünsche folgende Einzugsart (eine Einzugsermächtigung liegt dem Antrag bei):

- Jährlich
- 1/2 Jährlich
- 1/4 Jährlich
- Monatlich

Datum / Unterschrift