



Mitgliedsformular

Name(n)

Vorname(n)

Titel

geboren am

in

Familienstand

Beruf (falls in Rente oder Pension: früherer Beruf)

Staatsangehörigkeit(en)

Strasse / Hausnummer / Postleitzahl / Wohnort

Telefon / E-Mail-Adresse

Ich möchte Mitglied des Vereins Sterbehilfe werden. Der Grund für meine Mitgliedschaft ist:

Vorsorglich

Medizinisch (Diagnose): _____

Ja

Nein

Ich bin mit den Vereinsstatuten und Ethischen Grundsätzen einverstanden.

Ich bin mit den Datenschutzbestimmungen einverstanden.

Ich stehe unter gerichtlich angeordneter Betreuung.

Den Mitgliederbeitrag in Höhe von € 2.000 habe ich auf das Vereinskonto überwiesen:

Zahlungsempfänger: **Verein Sterbehilfe**

IBAN: CH61 0900 0000 9162 1807 7

BIC: POFICHBEXXX

Kreditinstitut: **PostFinance**, CH-3030 Bern

Verwendungszweck: Mitgliederbeitrag gemäss Antrag vom _____.

Ort und Datum

Unterschrift^{1,2}

An den
Verein Sterbehilfe
Deutschlandbüro
Holzdamms 39
D-20099 Hamburg

¹ Mit meiner Unterschrift nehme ich zur Kenntnis, dass ein Antrag auf eine Suizidassistentz mit einem Zusatzbeitrag verbunden ist. Die Kostenbeteiligung wird, je nach Dauer der Mitgliedschaft, nach Vereinsstatuten Art. 5 Abs. 2, in der Höhe zwischen 2.000 und 7.000 EUR erhoben.

² Ich nehme zur Kenntnis, dass die Erstellung einer Patientenverfügung nach dem Muster des Vereins Sterbehilfe eine Voraussetzung ist um den Antrag auf eine Suizidassistentz stellen zu können.