



AVRUPA´ DA ÖZALAN´ LILAR YARDIMLAŞMA, DAYANIŞMA VE KÜLTÜR DERNEĞİ  
Kultur Verein zur Hilfe und Gegenseitigkeit der Bürger von Özalan in Europa e.V.  
– VR 15587 Frankfurt am Main - +49 172 6566812 - [www.oezalan-dernege.de](http://www.oezalan-dernege.de)  
İletişim- Alim Öztürk: +49 152 24235594 Tuncay Özpelit: +49 1578 8292744

## CENAZE NAKİL YARDIMLAŞMA FONU KAYIT FORMU

Fon Üyelik Numarası | Mitgliedsnummer

### KİMLİK BİLGİLERİ | PERSÖNLICHE DATEN

<input type="checkbox"/> Erkek   Männlich		<input type="checkbox"/> Kadın   Weiblich	<input type="checkbox"/> Divers
Adı • Soyadı   Vorname • Nachname		Cinsiyet   Geschlecht	
Doğum Tarihi   Geburtsdatum	Doğum Yeri   Geburtsort	Tabiyat   Staatsangehörigkeit	
Cadde/Sokak ve Ev Numarası   Straße und Hausnummer		Telefon   Cep Telefonu	
Posta Kodu   PLZ	Şehir   Ort	E-Mail	

- Eşim veya ben **Özalan Kökenliyim**
- Eşimin veya benim **Kayın Akrabalığı** var **Kiminle:**..... (ispatlayan belge Ekde)
- Eşim veya ben **Yakın Çevre Köylüsüyüm** **Köy ismi:**..... (ispatlayan belge Ekde)

Avrupa´ da Özalan´ lılar Yardımlaşma, Dayanışma ve Kültür **Derneğinin üyesiyim** .....  Hayır | Nein  Evet | Ja  
Ich bin Mitglied von Kultur Verein zur Hilfe und Gegenseitigkeit der Bürger von Özalan in Europa e.V.

### YARDIMLARDAN YARARLANABİLECEK OLAN AİLE FERTLERİ İLE İLGİLİ BİLGİLER DATEN DER BEGÜNSTIGTEN FAMILIENANGEHÖRIGEN

Eşim Avrupa´ da Özalan´ lılar Yardımlaşma, Dayanışma ve Kültür **Derneğinin üyesi**.....  Hayır | Nein  Evet | Ja  
Mein Ehegatte ist Mitglied im Kultur Verein zur Hilfe und Gegens. der Bürger von Özalan in Europa e.V.

Aile fertleri arasında hayati tehlike arz eden bir hastalıktan dolayı tedavi gören var mı?.....  Hayır | Nein  Evet | Ja  
Ist ein Familienangehöriger aufgrund einer lebensbedrohlichen Erkrankung in ärztlicher Behandlung?

Adı • Soyadı   Vorname • Nachname	Doğum Tarihi Geburtsdatum	Doğum Yeri Geburtsort	Yakınlığı Verwandtschaftsverhältnis Eşi   Ehegatte	Varsa Hastalığın Adı Falls vorhanden, Art der Erkrankung

Üye kayıt Formu 2024

### EINZUGSERMÄCHTIGUNG

Kultur Verein zur Hilfe und Gegenseitigkeit der Bürger von Özalan in Europa e.V.

Name: .....Vorname: .....Mitglieds-Nummer (falls vorhanden): .....

Name der Bank: ..... BIC: .....

IBAN: ..... Jahresbeitrag: ..... €

Zzgl. Einmalige Aufnahmegebühr: ..... €

Hiermit ermächtige ich den Kulturverein zur Hilfe und Gegenseitigkeit der Bürger von Özalan in Europa e.V. bis auf Widerruf von meinem Girokonto mittels Lastschrift Mitgliedsbeitrag einzuziehen.

..... den ..... Unterschrift: .....

Bu kayıt formunu imzalayarak, ekdeki Avrupa Özalan Derneği Cenaze Nakil Yardımlaşma Fonu Şartnamesini okuduğumu ve kabul ettiğimi beyan ederim.

Name : ..... Unterschrift : ..... Datum : .....

Bank Verbindung: Post Bank Frankfurt/M- Knt-Nr : 263 371 460 BLZ : 440 100 46 / BIC: PBNKDEFF IBAN : DE22 4401 0046 0263 3714 60