



## Anmeldung

### ElectroMagnetic Radiation-Intervention Program (**EMR-IP**) Help For Wireless Victims (**HWV**)

Hiermit melde ich mich verbindlich an und überweise einen einmaligen Betrag  
in Höhe von 250 € auf eines der untenstehenden Treuhandkonten für das

#### EMR-Interventions Programm

1	Frau, Herr:
2	Titel:
3	Vorname:
4	Nachname:
5	Geburtsdatum:
6	Beruf:
7	Straße und Hausnummer:
8	Postleitzahl:
9	Ort:
10	Land:
11	E-mail:
12	Tel privat:
13	Tel tagsüber:
14	Fax:
15	Textfeld für weitere Angaben:

Kontoinhaber	Reiner Lang - Rechtsanwalt
Konto-Nr.:	<b>1000101285</b> Stadtparkasse
Bankleitzahl (BLZ):	<b>701 500 00</b> München
Verwendungszweck:	EMR-IP/H W V
IBAN:	DE 82 70150000 1000101285
BIC:	SSKMDEM

Mit meiner Unterschrift stimme ich zu, daß meine persönlichen und medizinischen Daten im Rahmen des EMR-IP/HWV-Programms verwendet werden dürfen. Eine Weitergabe dieser Daten an unbefugte Dritte ist ausgeschlossen. Bitte senden Sie dieses Formular mit Ihrer Originalunterschrift per Post an uns zurück. Bei minderjährigen Teilnehmern ist die Unterschrift durch die/den Erziehungsberechtigte(n) zu leisten.

.....  
Unterschrift

Ort/Datum

Dr. med. Hans-Christoph Scheiner (**EMR-IP**)  
Franz-Wüllner-Strasse 39  
81247 München

Tel.: **089 / 829 40 302**  
Fax: **089 / 339 84 995**  
E-Mail: **info@emr-ip.org**  
Internet: **www.emr-ip.org**

