

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt als Mitglied des Vereins Morbus Wilson e.V.

Der Mitgliedsbeitrag beträgt jährlich 30 Euro für Einzelmitglieder, 50 Euro für Familienmitgliedschaft und 100 Euro für Firmen, zahlbar bis zum 1. Juli des jeweiligen Jahres.

Auf begründeten Antrag ist eine Ermäßigung oder Befreiung von der Beitragszahlung durch Beschluss der Vorstandschaft möglich. Die Mitgliedsbeiträge sind steuerlich absetzbar.

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen: *= Pflichtfelder

*Name:

*Vorname:

*Geburtsdatum:

*PLZ / Wohnort:

*Straße:

*Telefon / Fax:

*E-Mail:

Ich bin selbst an Morbus Wilson erkrankt.

*ja

*nein

Ich bin mit der Weitergabe meines Namens und meiner Anschrift an andere Mitglieder des Vereins Morbus Wilson e.V. einverstanden.

*ja

*nein

Ort, Datum:

Unterschrift:

Bei Familienmitgliedschaft bitte Namen, Vornamen und Geburtsdatum der Angehörigen eintragen:

Mit dem Einzug des Mitgliedsbeitrages durch Lastschrift bin ich bis auf Widerruf einverstanden:

*= Pflichtfelder

*Konto-Nr.:

*BLZ:

*Bei:

*Kontoinhaber:

*Anschrift des
Kontoinhabers:

Ort, Datum:

Unterschrift: