



MUKOVISZIDOSE ev

Helfen. Forschen. Heilen.



Mukoviszidose e.V. AACHEN

www.mukoachen.de

Hiermit beantrage ich die Aufnahme als **Fördermitglied** im
Mukoviszidose e.V. AACHEN

Name:			
Vorname:			
Geburtsdatum:			
Straße:			
Stadtteil:			
Plz:			
Land			
Unterschrift: (Aufnahmeantrag)		Datum:	
Ich möchte im Verein mitarbeiten	JA	NEIN	Bitte ankreuzen
Telefon:	Privat:	Mobil	
Fax:		Email:	
Unbefristetes SEPA-Lastschriftmandat (Einzugsermächtigung):			
Name des Bankinstitutes:			
IBAN:			
BIC:			
Unterschrift:			

Den Mitgliedsbeitrag können Sie selbst bestimmen, er sollte jedoch nicht weniger als 20 € betragen. Der Beitrag wird jährlich im Januar eingezogen.

Datum der Aufnahme:	Vorstandsvorsitzender: