Frau Barbara Nose
Michael Müller Ring 11
55128 Mainz

AUFNAHMEANTRAG

Ich beantrage meine Aufnahme als Mitglied der SCLERODERMALIGA e.V. als

O ordentliches Mitglied (an Sklerodermie oder verwandten Krankheiten Leidende)
O außerordentliches Mitglied (Angehörige, Vormünder oder Pfleger der Erkrankten)
O förderndes Mitglied (Personen, die die Liga ideell oder finanziell unterstützen)

Name: .....
Vorname: .....
Straße: .....
PLZ, Ort: .....
Telefon: .....
Geb.-Datum: .....
Beruf: .....

O Den Mitgliedsbeitrag von ..... Euro (Mindestbeitrag: 30 Euro pro Jahr) bitte ich bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos

Bank: .....
BLZ: .....
Konto: .....

mittels Lastschrift einzuziehen.

.....	.....	.....
Ort	Datum	Unterschrift Kontoinhaber

O werde ich auf das Konto Nr. 28 25 95 54 bei der Stadtsparkasse München (BLZ: 701 500 00) überweisen.

Ich bin damit einverstanden, daß meine Angaben maschinell gespeichert werden. Meine Anschrift darf innerhalb der Scleroderma Liga

O weitergegeben werden.
O nicht weitergegeben werden.

.....	.....	.....
Ort	Datum	Unterschrift