

Deutsche Emphysemgruppe e. V.

Bundesgeschäftsstelle

Heide Schwick

Steinbrecherstr. 9

38106 Braunschweig

Aufnahmeantrag

Name _____ Vorname _____
Strasse _____ Plz Stadt _____
Geburtstag _____ Tel.: _____
Beruf _____ Fax/E-Mail _____

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft zur DEUTSCHEN EMPHYSEMGRUPPE E. V.

- als Normalmitglied (Mindestbeitrag: 20,00€ pro Jahr)
 als Fördermitglied (ohne Stimmrecht, Mindestbeitrag: 50,00 € pro Jahr)
 Ich will mehr als den Mindestbeitrag entrichten, nämlich _____ DM pro Jahr, aber als Normalmitglied
 Ich beantrage Beitragsbefreiung - Grund: _____

- Mit der Weitergabe meiner Adresse zwecks Kontaktaufnahme der anderen Mitglieder untereinander bin ich einverstanden.
 Der Betrag kann im Lastschriftverfahren von meinem Konto bei der _____

Konto-Nr.: _____ Bankleitzahl: _____ abgebucht werden.

Datum: _____ Unterschrift: _____

(zutreffendes bitte ankreuzen)

Konto der Deutschen Emphysemgruppe e.V.

Kontonummer.: 27 30 80 30 BLZ: 241 512 35 Sparkasse Rotenburg-Bremervörde