

Beitrittserklärung

Ich beantrage die Aufnahme in die SH Schlafapnoe / chron. Schlafstörungen Solingen e.V.
Postfach 120212, 42677 Solingen. Telefon u. Fax : 0212 / 2 643 094 oder
Telefon: 0212 / 43 265, Fax: 0212 / 5 993 455

Name : _____

Vorname : _____

Straße Nr. : _____

PLZ. Ort : _____

Telefon : _____ Fax : _____

geb. am : _____

Krankenkasse: _____

Email: _____

Hiermit ermächtige ich die SH Schlafapnoe/chron. Schlafstörungen Solingen e.V. widerruflich, den Jahresbeitrag durch Lastschrift von meinem Konto einzuziehen.

Konto Nr. : _____ BLZ : _____

Kreditinstitut : _____

Mit einer Speicherung meiner personenbezogenen Daten für vereinsinterne Zwecke bin ich einverstanden.

Datum : _____

Unterschrift: _____

Mitgliedsbeitrag Stand 2008
Monatlich € 2,00

Druck mich, füll mich aus, fax mich oder schick mich per Post.