

Beitrittserklärung

Ich beantrage hiermit die Aufnahme in die
SH Schlafapnoe / chronische Schlafstörungen Solingen e.V.
Postfach 12 02 12, 42677 Solingen, Tel. 0212 - 2 64 30 94.
Der Mitgliedsbeitrag beträgt EUR 2,00 monatlich (Stand 2010).

Name

Vorname

Straße + Nr.

PLZ + Ort

Telefon

Email

geb. am

Hiermit ermächtige ich die SH Schlafapnoe / chron. Schlafstörungen Solingen e.V. (Gläubiger-ID DE63SHG00000184202) widerruflich, den Jahresbeitrag von 24,00 € durch Lastschrift von meinem Konto einzuziehen.

IBAN

Kreditinstitut

Kto.-Inhaber Wenn abweichend

Durch meine Unterschrift bin ich mit der Speicherung aller abgefragten personenbezogenen Daten für vereinsinterne Zwecke einverstanden. Einsichtnahme, Widerruf und die Löschung aller Daten ist jederzeit durch formloses Schreiben möglich.

Datum

Unterschrift

Bitte ausgefüllt per Post oder Fax senden an **0322 26 87 48 24**

Diese Vorteile haben Sie durch Ihre Mitgliedschaft:

* Nur eine mitgliederstarke Selbsthilfe kann die Interessen von Betroffenen nachhaltig vertreten. **Einigkeit macht stark !**

* Als Mitglied erhalten Sie

- Hilfe bei Problemen im Umgang mit Krankenkassen, Krankenhäusern und Therapiegeräte-Herstellern
- telefonische Tipps bei aktuellen Problemen
- schriftliche Infos zu neuen Therapien, bes. Themen sowie interessanten Veranstaltungen und Gesetzesänderungen
- aktuelle Informationen zu technischen Hilfsmitteln sowie deren Anwendung und Pflege
- eine schriftliche Einladung zu jedem Gruppenabend mit den aktuellen Themen des Abends.

* Unsere Selbsthilfe ist gemeinnützig, der Jahresbeitrag kann steuermindernd geltend gemacht werden.

Es entstehen Ihnen durch eine Mitgliedschaft keinerlei Verpflichtungen und sie ist jederzeit kündbar. Lassen Sie uns die ausgefüllte Beitrittserklärung zukommen. Wir freuen uns, Sie bald als Mitglied in unserem Kreis begrüßen zu können.

**SH Schlafapnoe /
chron. Schlafstörungen Solingen e.V.**
Postfach 12 02 12
42677 Solingen