

Antrag auf Mitgliedschaft



Ich beantrage die Mitgliedschaft bei „Contergangeschädigte Hessen e.V.“:

Name

Geburtsname

Vorname


Name

Geburtsort

Straße + Hausnr.

PLZ + Ort

 Telefon

 Fax

@ Mail

Ich bin contergangeschädigt.

Ich bin Rollstuhlfahrer

Ich bin hörgeschädigt, ich benötige:

immer einen Gebärdensprachdolmetscher oder

immer einen Schriftdolmetscher oder

keines von beidem.

Ich bin Angehörige(r)/Partner/in von: _____

Ich zahle den jährlichen regulären Mitgliedsbeitrag von

€ 24,- für Einzelmitglieder

€ 8,- für Partner

€ 36,- für Familien (1 Einzelmitglied + mind. 2 Familienmitglieder).

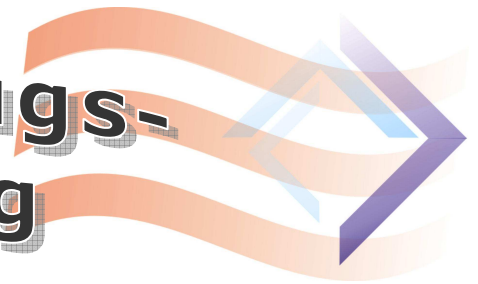
Ich zahle einen erhöhten Mitgliedsbeitrag von _____ jährlich.

20. Juli 2011

Datum

Unterschrift

Lastschriftinzugs- ermächtigung



Lastschriftinzug für Mitglied¹: _____

Hiermit ermächtige ich „Contergangeschädigte Hessen e.V.“ widerruflich,

- den Einzel-Mitgliedsbeitrag von € 24,-
- den Partner-Mitgliedsbeitrag von € 8,-
-
- den erhöhten Mitgliedsbeitrag von €

einziehen.

Kontodaten:

Kontoinhaber/-inhaberin

Kontonummer

BLZ

Geldinstitut

20. Juli 2011

Datum

Unterschrift Kontoinhaber/in

¹ Mitgliedsanträge ohne Lastschriftinzugsermächtigung werden nicht mehr angenommen

Bitte zurücksenden an Contergangeschädigte Hessen e.V.

- per Fax: 0 61 44 - 96 04 61

oder

- per Post an:

Contergangeschädigte Hessen e.V.

Geschäftsstelle:

Friedrich-Ebert-Str. 14

65474 Bischofsheim

Anbei Beitrittserklärung und Lastschriftinzugsermächtigung von:
