

Antrag auf Familien-Mitgliedschaft



Ich beantrage die Familien-Mitgliedschaft¹ bei

Contergangeschädigte Hessen e.V.:

Name

Geburtsname

Vorname


Geburtsdatum

Geburtsort

Straße + Hausnr.

PLZ + Ort

 Telefon

 Fax

@ Mail

Familienmitglieder s. Folgeseite →

Ich bin contergangeschädigt.

Ich bin Rollstuhlfahrer

Ich bin hörgeschädigt, ich benötige:

immer einen Gebärdensprachdolmetscher oder

immer einen Schriftdolmetscher oder

keines von beidem.

Ich zahle den jährlichen regulären Familien-Mitgliedsbeitrag von € 36,-

oder

Ich zahle einen erhöhten Mitgliedsbeitrag von _____ jährlich.

20. Juli 2011

Datum

Unterschrift

¹ Familien-Mitgliedschaft = 1 Contergangeschädigte/r + mindestens 2 Familienangehörige

Liste der Familienmitglieder

von: _____

Familienmitglied #1

Name

Vorname

Verwandschaftsgrad

Familienmitglied #2

Name

Vorname

Verwandschaftsgrad

Familienmitglied #3

Name

Vorname

Verwandschaftsgrad

Familienmitglied #4

Name

Vorname

Verwandschaftsgrad

Familienmitglied #5

Name

Vorname

Verwandschaftsgrad

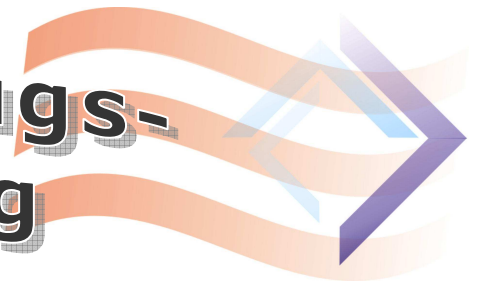
Weitere Familienmitglieder bitte auf separatem Blatt vermerken →

Ist unter den Familienmitgliedern ein Mensch mit Behinderung?

Wenn ja, Art der Behinderung:

Rollstuhlfahrer Hörbehinderung Sehbehinderung

Lastschriftinzugs- ermächtigung



Lastschriftinzug für Mitglied²: _____

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

- den Familien-Mitgliedsbeitrag von € 36,-
oder
 den erhöhten Mitgliedsbeitrag von €

einziehen.

Kontodaten:

Kontoinhaber/-inhaberin

Kontonummer

BLZ

Geldinstitut

20. Juli 2011

Datum

Unterschrift Kontoinhaber/in

² 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:
