

Aufnahmeantrag

Bitte schicken Sie den Aufnahmeantrag ausgefüllt an Frau Schmitt

Apnoepatient:

Ja Nein Wenn ja: _____
Seit wann Geräte Typ

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Geboren am: _____ in: _____

Tel.priv.: _____ Tel.dienstl.: _____

Ich beantrage die Aufnahme in die

Selbsthilfegruppe Schlafapnoe Mutterstadt und Umgebung e.V.

Fritz-Schalk Str. 22, 67112 Mutterstadt, Telefon: 06234-3020858

Mein Jahresbeitrag in Höhe von : 20,-- € pro Jahr

entrichte ich: Bar jährlich Einzugsermächtigung (bitte Ausfüllen)

Mit meinem Beitritt erkenne ich die gültige Satzung (die Sie bei den jeweiligen Treffen gerne einsehen können) sowie die Beitragsordnung an.

Ort

Datum

Unterschrift

Einzugsermächtigung

Bitte schicken Sie den komplett ausgefüllten Aufnahmeantrag zu Frau Schmitt

Hiermit erkläre ich mich bis auf Widerruf einverstanden, das die

Selbsthilfegruppe Schlafapnoe Mutterstadt und Umgebung e.V.

meinen Mitgliederbeitrag
in Höhe von 20,-- €

von meinem Konto Nr. : _____

bei Geldinstitut: _____ BLZ: _____

jährlich im Lastschriftverfahren abbuchen lässt.

Ort

Datum

Unterschrift