



Beitrittserklärung

Ich erkläre meinen Beitritt zur Schlafapnoe Selbsthilfe Mainz e.V. gemäß gültiger Satzung. Als ordentliches Mitglied verpflichte ich mich zur Zahlung eines jährlichen Beitrages von z. Zt. 36,00 Euro.

Vor-

Geboren am:

Nachname:

Wohnort:

PLZ

Straße

E- Mail

Telefon

Fax. Nr.

Ort / Datum

Unterschrift

Beitragszahlung. Ich ermächtige die Schlafapnoe Selbsthilfe Mainz-Bingen e.V., widerruflich, den Mitgliedsbeitrag bei Fälligkeit zu Lasten meines untenstehenden Kontos durch

Lastschrift

oder

Rechnung

Ja

nein

Ja

nein

zutreffende bitte ankreuzen

Geldinstitut:

IBAN Nr.

BIC Nr.

Kontoinhaber

Datum

Unterschrift

SCHLAFAPNOE SELBSTHILFE Mainz e.V.

Vorsitzender: Meinhard Karlowski Tel.: 0611-88027271 | Fax: 0611-88027135 | E-Mail: Schlafapnoe-Mainz@gmx.de