Beitrittserklärung

Ich erkläre hiermit meinen Beitritt zur

Patientenliga Atemwegserkrankungen e.V.

Geschäftsstelle: Berliner Straße 84 –55276 Dienheim

Bitte Blockschrift!!

Bearbeitungsvermerke	
Mitglieds-Nr.:	
Ortsverein:	
Beitragsrechnung verschickt:	
OV gewechselt nach:	
Ausgeschieden:	

Familienname **Vorname**

Straße

Vorwahl/Telefon **Vorwahl/Telefax**

Geb.-Datum **Ich möchte betreut werden im Ortsverband**

Den Jahresbeitrag von € 25 überweise ich nach Erhalt der Rechnung.

☐ **Betroffen**

☐ **Nicht betroffen**

Datum **Unterschrift**