

Osteoporose Selbsthilfegruppe Krefeld e.V.
Ostwall 57, 47798 Krefeld, Tel. (02151) 208895/96 Fax 208897

MITGLIEDSERKLÄRUNG

NAME _____ TELEFON _____
VORNAME _____ BERUF _____
Strasse _____ GEBURTSDATUM _____
PLZ/ ORT _____ KRANKENKASSE _____
KTO-NR. _____ BLZ _____ KASSE _____

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zur Osteoporose Selbsthilfegruppe Krefeld e.V.

TAG _____ MONAT _____ JAHR 20____ () **Normal-Mitglied-Beitrag** = _____ €
TAG _____ MONAT _____ JAHR 20____ () **Förder-Mitglied-Beitrag** = _____ €

DATUM _____._____.20____ Unterschrift _____

Der Mitgliedsbeitrag = 48,-Euro pro Jahr, Ehepartner = 43 Euro (Jan.-Dez.)

1.04. = Euro 43,- / 01.07. = Euro 38,- / 01.10. = Euro 33,- (Ehepartner = 38,-/ 33,-/ 28,-)