

Antrag auf Mitgliedschaft

Name:	
Str./Hausnr.:	
PLZ/Ort/Land:	
E-Mail:	Tel.:

Selbsthilfegruppe Glutarazidurie e.V.
c/o. Christoph Voit
Mozartstraße 16
92665 Altenstadt a.d.W.

oder per E-Mail an:
anmeldung@glutarazidurie.de
oder per Fax an:
0049 (0) 32 21 - 2347 181

Ich möchte Mitglied in der Selbsthilfegruppe
Glutarazidurie e.V. werden.

Die Selbsthilfegruppe Glutarazidurie ist als
gemeinnützig anerkannt und beim
Amtsgericht Fürstentfeldbruck registriert.

Betroffene Kinder/Geburtsdatum:

Geschwister u. Geburtsdatum:

Sobald wir Ihren unterschriebenen Mitgliedsantrag erhalten haben, senden wir Ihnen die Satzung der Selbsthilfegruppe zu.

Einverständniserklärung:

- Ich bin damit einverstanden, dass meine Adresse an andere Mitglieder der
Selbsthilfegruppe weitergegeben wird.

Datum

Unterschrift

ggf. Einzugsermächtigung ausfüllen

Einzugsermächtigung

Name:	
Str./Hausnr.:	
PLZ/Ort/Land:	
E-Mail:	Tel.:

Selbsthilfegruppe Glutarazidurie e.V.
c/o. Jessica Schwarz
Wiesenstr. 8
65627 Elbtal

oder per E-Mail an:
kassenwart@glutarazidurie.de
oder per Fax an:
0049 (0) 32 21 - 2347 181

MR:

(wird vom Kassenwart ausgefüllt)

Der Mitgliedsbeitrag beträgt z. Z.
jährlich 30 € p. Familie.

Bitte leserlich schreiben!

Kontoinhaber falls abweichend von obengenannter Anschrift:

Name/Ort der Bank:

Kontonr./IBAN:

BLZ/BIC:

Datum

Unterschrift