

SELBSTHILFEGRUPPE SCHLAGANFALLBETROFFENER IN WEIDEN UND UMGEBUNG E. V.

Leiterin und 1. Vorsitzende : Frau Christine Kaiser Wiesenstr.6 92694 Etzenricht

Tel.0961-45200

Mobil 0171-9017116

Beitrittserklärung

Ich/Wir erklären hiermit meinen/unseren Beitritt zur Selbsthilfegruppe Schlaganfallbetroffener in Weiden und Umgebung e.V. mit Wirkung vom 20 als

- ordentliches Mitglied (Schlaganfallbetroffene oder gleichartig Behinderte, Angehörige, Sonstige)
 Fördermitglied (nicht stimmberechtigt)

Name, Vorname Geb.-Datum:

Familienstand:

Ich bin Schlaganfallbetroffener gleichartig Behinderter welche
Behinderung

Angehörige(r) Sonstige(r) Rollstuhlfahrer Ja Nein Behinderung%

Straße PLZ Wohnort

Beruf Tel.

ggf. Name und Anschrift der

Angehörigen:

Verwandtschaftsverhältnis Tel.

Der Jahresbeitrag beträgt für ordentliche Mitglieder 30,-- €

Mit meinem / unserem Beitritt erkläre(n) ich / wir uns einverstanden, dass meine / unsere personenbezogenen Daten auf elektronischen Datenträgern gespeichert und verarbeitet werden dürfen. Sie unterliegen den Vorschriften des Datenschutzgesetzes.

Ort, Datum

(Unterschrift / en)

Aufmerksam auf Ihren Verein wurde ich durch:

Liebe Mitglieder,

wir bitten Sie, die Beitragszahlung in Höhe von 30.- Euro pro Person im Januar

per Dauerauftrag auf unser Konto bei der

Sparkasse Oberpfalz Nord

DE1075350000009555350

BYLADEM 1 WEN

zu überweisen.

Bitte regeln Sie Dauerauftragserteilung mit Ihrer zuständigen Bank.