

Mitgliedsantrag

**Verein zur Bekämpfung chronischer Infektionskrankheiten e.V.
c/o RA Rainer Kegel
Schliersee Str. 73
81539 München**

.....
Name

.....
Vorname

.....
Postleitzahl/Wohnort

.....
Straße

.....
Geburtsdatum

Telefon

.....
Bank IBan /Swift

.....
Bankleitzahl/Konto-Nr.

Ich erkläre mich bereit, eine jährlichen Mitgliedsbeitrag von 210,00 Euro.....zu zahlen.

Ich bin mit der Abbuchung des Mitgliedsbeitrags von meinem Konto einverstanden.

Ort/Datum

Unterschrift