

ANTRAG AUF MITGLIEDSCHAFT

Ich / Wir möchte/n Mitglied im Verein "*Mit Schmerzen leben*", Selbsthilfegruppe der Schmerzpatienten in Stadt und Landkreis Osnabrück, mit folgendem Jahresbeitrag werden:

- Betroffenemmitglied € 30,00
- Betroffenenehepaare € 40,00
- Fördermitglied €
- Vereine, Körperschaften, Firmen etc.
nach Vereinbarung €

Mein / Unser monatlicher Beitrag beträgt € . Datum / Unterschrift:

1. Mitgl. Vor- und Zuname geb. am:

2. Mitgl. Vor- und Zuname geb. am:

Beruf Telefon / Fax

Postleitzahl / Wohnort Straße

Ich bin / Wir sind damit einverstanden, daß der Beitrag jährlich von meinem / unserem

Konto Nr.: Bankleitzahl:

bei der Bank in

abgebucht wird. Diese Ermächtigung erlischt durch Widerruf oder mit meinem / unserem Austritt.

Datum / Unterschrift

"Mit Schmerzen leben"