

Beitrittserklärung:

- Ja, ich möchte unter Anerkennung der Satzung Mitglied der „Dialyse-Kinder Berlin e.V.“ werden.**

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Straße _____

PLZ Ort _____

Email _____

Telefon _____ Mobil _____

Ich bin

- selbst betroffen und bereits volljährig
- Angehörige von _____,
Geburtsdatum _____
Name des betroffenen Kindes

- Fördermitglied

- Als minderjähriges Mitglied (betroffenes Kind und Geschwister) soll beitragsfrei aufgenommen werden:

1. _____, Geburtsdatum _____

2. _____, Geburtsdatum _____

3. _____, Geburtsdatum _____

- Als volljähriges Familienmitglied soll zum ermäßigten Beitragssatz aufgenommen werden:

1. _____, Geburtsdatum _____

2. _____, Geburtsdatum _____

3. _____, Geburtsdatum _____

Ich bin mit dem Lastschriftinzugsverfahren einverstanden. Der Mitgliedsbeitrag richtet sich nach der jeweils gültigen Beitragsordnung.

Kontoinhaber _____

Bank _____

Iban _____ Bic _____

Datum und Unterschrift _____