

Per Fax 06133 / 57 383 27 oder per Post

MITGLIEDSANTRAG



Deutsche PatientenLiga
Atemwegserkrankungen e.V. - DPLA
Geschäftsstelle
Adnet-Str. 14
55276 Oppenheim

Telefon: 06133 / 35 43
Fax: 06133 / 57 383 27
E-Mail: info@pat-liga.de
www.pat-liga.de

Ich erkläre hiermit meinen Beitritt zum Verein:

Deutsche PatientenLiga Atemwegserkrankungen e.V. – DPLA

Name:	Vorname:
Straße/Nr.:	PLZ/Ort:
Telefon:	Telefax:
E-Mail:	Mobil-Nr. (freiwillige Angabe):
Geburtstag:	Eintrittsdatum:

(freiwillige Angaben)

Lungenerkrankung/en: Asthma COPD Emphysem Weitere _____

Andere Erkrankungen: _____

Angehörige/r Nicht selbst erkrankt

gewünschter Ortsverband: _____

Der jährliche Mitgliedsbeitrag beträgt für Einzelpersonen € 25,00 und für Familien € 40,00. Höhere Beiträge sind natürlich möglich.

Gewünschte Zahlungsweise:

Rechnung (Bitte überweisen Sie den Betrag erst nach Erhalt der Rechnung.)

Einzugsermächtigung für den Jahresbeitrag in Höhe von € _____ wird hiermit erteilt.

Geldinstitut: _____ Kontoinhaber: _____

IBAN: _____ BIC: _____

Datum, Unterschrift (für Einzugsermächtigung): _____

Datum: _____ Unterschrift: _____

Deutsche PatientenLiga Atemwegserkrankungen e.V. – DPLA

als gemeinnützig seit 1986 anerkannt

gültiger Freistellungsbescheid Finanzamt Mainz-Mitte: StNr. 26/675/0372/9-II/4 vom 28.10.2014

Mainzer Volksbank eG - IBAN: DE37 5519 0000 0001 0320 10 BIC: MVBMD55