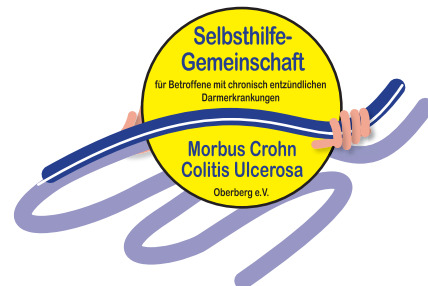


Beitrittserklärung

Ihre Angaben werden
vertraulich behandelt!

Bitte drucken Sie diese Seite aus und schicken sie in einem Briefumschlag an:

Selbsthilfegemeinschaft
Morbus Crohn / Colitis ulcerosa
Sigrid Brüggem
Gummersbacher Str. 31
51709 Marienheide



Beitrittserklärung

Ich möchte der Selbsthilfegemeinschaft Morbus Crohn / Colitis Ulcerosa Oberberg beitreten.

Name Telefonnummer

Straße PLZ/Ort

Geburtsdatum Beruf

Wenn Sie nicht selbst betroffen sind, sondern in Vertretung Ihres minderjährigen Kindes Mitglied werden wollen, geben Sie bitte im folgenden auch den Namen und das Geburtsdatum des Kindes an:

Name des Kindes Geburtsdatum des Kindes

Die Mitgliedschaft beginnt mit der Beitragszahlung. Mindestbeitrag jährlich 6,- €. Wir möchten den Standard unserer Gruppen- und Fortbildungsarbeit zu Gunsten der Betroffenen halten und danken für einen freiwilligen höheren Beitrag.

Mitgliedsbeitrag Mitgliedschaftsdatum

Beitragszahlung per Lastschrift/SEPA

Mandatsreferenz: **WIRD SEPARAT MITGETEILT**

Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE**

Ich ermächtige die Selbsthilfe Gemeinschaft Morbus Crohn / Colitis Ulcerosa Oberberg e. V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Gemeinschaft Morbus Crohn / Colitis Ulcerosa Oberberg e. V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Instituts (s. o.) keine Verpflichtung zur Einlösung.

Kontoinhaber Bank-Name

IBAN BIC

Datum Unterschrift

Zutreffendes bitte ankreuzen:

Morbus Crohn Colitis ulcerosa Morbus Crohn oder Colitis ulcerosa Selber nicht betroffen

Auf die SHG MC/CU wurde ich aufmerksam durch: