

Mitgliedsantrag

Deutsche Schmerzliga e.V.
Postfach 74 01 23
60570 Frankfurt am Main

Beitrittserklärung

Ja, ich werde Mitglied zum _____._____.20__

Vorname _____ Nachname _____

Straße _____ PLZ/Ort _____

Telefon _____ eMail _____

Geb.-Datum _____ (freiwillige Angabe)

- Ich gehöre einer Selbsthilfegruppe der Deutschen Schmerzliga an: _____
- Ich möchte in einer Selbsthilfegruppe mitarbeiten oder eine Gruppe gründen.
- Meine Adresse darf an regionale Selbsthilfegruppen der Deutschen Schmerzliga e.V. weitergegeben werden.

Einzugsermächtigung:

- Mitgliedsbeitrag: 40,00 € pro Kalenderjahr
- Beitrag für Mitglieder in Selbsthilfegruppen der DSL e.V. 30,00 € pro Kalenderjahr
- freiwilliger Mitgliedsbeitrag _____ (mind. 40,00 € pro Kalenderjahr)

Ich erteile Ihnen hiermit eine Einzugsermächtigung. Die Einzugsermächtigung kann ich jederzeit widerrufen. Sollte das Konto nicht gedeckt sein, besteht für das Geldinstitut keine Verpflichtung zur Einlösung.

IBAN Nr.: _____

Ort/Datum: _____ Unterschrift: _____

Anschrift:
Deutsche Schmerzliga e. V.
Postfach 74 01 23
60570 Frankfurt am Main

E-Mail:
Internet:
IBAN Nr.

info@schmerzliga.de
www.schmerzliga.de
DE77 5005 0201 0000 8294 63
Frankfurter Sparkasse