

Selbsthilfegruppe COPD-vor-Ort-Kreis Minden- Lübbecke & OWL



| | | |
|---|---------------------------------------|--|
| Hiermit erkläre ich meinen Beitritt als Mitglied | <input type="checkbox"/> Aktiv | <input type="checkbox"/> Passiv mtl. 5€ |
|---|---------------------------------------|--|

Meinen Beitrag entrichte ich ¼ jährlich 7,50 € je Person

Meinen Beitrag entrichte ich 1/2 jährlich 15,00 € je Person

Meinen Beitrag entrichte ich 1/1 jährlich 30,00€ Partner 5,00 €

| | | |
|------------------------------|-----------------|-----------------------|
| Hauptmitglied Name: | Vorname: | Geburtsdatum: |
| Strasse & Nummer: | | Plz & Ort: |

| | |
|-----------------|----------------|
| Telefon: | e-mail: |
|-----------------|----------------|

| | | | |
|--|--------------|------------------------|----------------------|
| Partner Mitgliedschaft: | Name: | Vorname: | Geburtsdatum: |
| Straße & Nummer: | | Plz. & Ort: | |
| Telefon: | | E-Mail: | |
| <hr/> | | | |
| COPD Selbsthilfe, Frank Kühne, Ulmenstraße 4a ,32427 Minden, 0571-40512190 | | | |
| Verwendungszweck Mitgliedsbeitrag Bitte angeben jährlich / halbjährlich/ vierteljährlich/monatlich Sowie Name und ggf. Name des Partners | | | |
| Postbank | | | |
| IBAN: DE19201100223030194082 BIC: PBNKDEFF | | | |

| |
|--|
| |
|--|