

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



Hiermit erkläre ich meinen Beitritt als Mitglied Aktiv Passiv mtl. 4€

Meinen Beitrag entrichte ich monatlich 4,00 € je Person
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 0,00 €

Name: Vorname: Geburtsdatum:

Strasse & Nummer: Plz& Ort:

Telefon: e-mail:

.....
Datum und Unterschrift

Partner Mitgliedschaft:

Name: Vorname: Geburtsdatum:

Strasse & Nummer: Plz& Ort:

Telefon: e-mail:

.....
Datum und Unterschrift

✂.....

.....
COPD Selbsthilfe, Frank Kühne, Ulmenstraße 4a, 32427 Minden, 0571-40512190

49050101

86474897

DE26 4905 0101 0086 4748 97

WELADED1MIN

Verwendungszweck Mitgliedsbeitrag Bitte angeben jährlich / halbjährlich/ vierteljährlich/monatlich Sowie Name und ggf. Name des Partners