



Beitrittserklärung

Vorname Name:

Geburtsdatum:

Straße/Nr.:

PLZ/Ort:

Telefon/Fax:

E-Mail:

Krankenkasse:

Ort, Datum

Unterschrift

Hiermit ermächtige ich die Selbsthilfe Schlafapnoe/Atemstillstand e.V. Velbert und Umgebung widerruflich, den Jahresbeitrag durch Lastschrift von meinem Konto einzuziehen.

Der **Mitgliedsbeitrag** beträgt derzeit **jährlich 30.-€** (Stand Januar 2023).
Der erste Beitrag wird im Beitrittsmonat fällig.

Kontoinhaber:

IBAN:

Kreditinstitut:

Unterschrift Kontoinhaber

Aus Kostengründen können wir nur vollständig ausgefüllte Beitrittserklärungen bearbeiten (2x Unterschrift).

Selbsthilfe Schlafapnoe/Atemstillstand e.V.,
Postfach 10 12 30, 42512 Velbert Fon 02056-25 53 30 / Mobil 01636777115
manfred.steinhaus1949@gmx.de www.schlafapnoe-velbert.de
Mitglied im BSD - Bundesverband Schlafapnoe und Schlafstörungen Deutschland e.V.

Schlafapnoe-Velbert.de Sparkasse Velbert
IBAN: DE8933450000026200717 BIC: WELADED1VEL