

# BEITRITTSERKLÄRUNG

Hiermit bitte ich um Aufnahme als:  Betroffener  Partner  
 Förderndes Mitglied

## Persönliche Daten:

_____	_____	_____
Name	Vorname	Geburtsdatum
_____	_____	_____
Straße	PLZ	Ort
(_____) _____	_____	_____
Telefon	E-mail	
_____	_____	_____
Ort, Datum	Unterschrift	

## Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich die SHG Schlafapnoe-Atemstillstand Hilden e.V. widerruflich, den zu entrichtenden Jahresbeitrag in Höhe von 30,- € (Stand: 1/2007) durch Lastschrift von meinem Konto einzuziehen.

_____	_____	_____
Name der Bank	BLZ	Konto-Nr.
_____	_____	_____
Name des Kontoinhabers	Ort, Datum	Unterschrift

Mitgliedsbeiträge können aus Kostengründen nur jährlich abgebucht werden.