



Verein für Hirn-Aneurysma-Erkrankte  
- Der Lebenszweig - e. V.

**Antrag auf Mitgliedschaft**

Name

Geb.Dat.

-----

Vorname Straße/Nr.

-----

PLZ/Ort Telefon

-----

Ich (wir) möchte(n) dazu beitragen, daß der Verein für Hirn-Aneurysma-Erkrankte - Der Lebenszweig - e. V. die Weiterentwicklung der Behandlungsmethoden und die Verbesserung der Ausstattung mit medizinisch- technischen Geräten fördern kann sowie die Öffentlichkeit über diese Art der Erkrankung informiert wird. Die Bestimmungen der Satzung erkenne(n) ich (wir) an.

Der Jahresbeitrag von:

pro Person	€ 31,00
Ehepaare	€ 46,00
Schüler, Studenten, Rentner, Arbeitslosengeld II (ALG II) - Empfänger und Schwerbehinderte (ab 50 %) (Bitte Kopie von Bescheinigung bzw. Bescheid beifügen)	€ 10,50

wird mit dem Eintritt fällig.

Ort/Datum Unterschrift(en) .....

Hiermit ermächtige(n) ich (wir) den Verein für Hirn-Aneurysma-Erkrankte - Der Lebenszweig - e. V. den Mitgliedsbeitrag von meinem Konto einzuziehen.

Konto-Nr.....BLZ.....Bankinstitut.....

Ort/Datum .....Unterschrift Zahlungspflichtiger.....

Postanschrift: Klattenhofstraße 5, D 26215 Wiefelstede, Tel. 044 56 – 89 91 82

Spendenkonto: 2830 195400, Hypovereinsbank Gersthofen, BLZ 72020070

Email: [info@hirn-aneurysma.de](mailto:info@hirn-aneurysma.de)

Internet: [www.hirn-aneurysma.de](http://www.hirn-aneurysma.de)