

Osteoporose Selbsthilfegruppe Krefeld e.V.  
Ostwall 57, 47798 Krefeld, Tel. (02151) 208895/96 Fax 208897

## MITGLIEDSERKLÄRUNG

NAME \_\_\_\_\_ TELEFON \_\_\_\_\_  
VORNAME \_\_\_\_\_ BERUF \_\_\_\_\_  
Strasse \_\_\_\_\_ GEBURTSDATUM \_\_\_\_\_  
PLZ/ ORT \_\_\_\_\_ KRANKENKASSE \_\_\_\_\_  
KTO-NR. \_\_\_\_\_ BLZ \_\_\_\_\_ KASSE \_\_\_\_\_

**Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zur Osteoporose Selbsthilfegruppe Krefeld e.V.**

TAG \_\_\_\_\_ MONAT \_\_\_\_\_ JAHR 20 \_\_\_\_ ( ) **Normal-Mitglied-Beitrag** = \_\_\_\_\_ €  
TAG \_\_\_\_\_ MONAT \_\_\_\_\_ JAHR 20 \_\_\_\_ ( ) **Förder-Mitglied-Beitrag** = \_\_\_\_\_ €

DATUM \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. 20 \_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Der Mitgliedsbeitrag = 48,-Euro pro Jahr, Ehepartner = 43 Euro (Jan.-Dez.)  
1.04. = Euro 43,- / 01.07. = Euro 38,- / 01.10. = Euro 33,- (Ehepartner = 38,-/ 33,-/ 28,-)

Einzahlen auf das Konto: **Osteoporose Selbsthilfegruppe Krefeld e.V.**  
**Konto-Nr.: 75001818 BLZ 320500 00 Sparkasse Krefeld** (Einzahlungsschein)