Selbsthilfegruppe Schlafapnoe /Chronische Schlafstörungen Wittmund-Aurich

Ich möchte mir und anderen helfen! Ich möchte die Selbsthilfegruppe unterstützen!
Ich möchte Fördermitglied werden!

Durch meine Mitgliedschaft in der Selbsthilfegruppe Schlafapnoe Wittmund-Aurich möchte ich mir kontinuierliche Informationen über das Krankheitsbild der Schlafapnoe und der aktuellsten Diagnostik- und Therapiemöglichkeiten sichern.

Beitrittserklärung

Name	
Vorname	
Geburtsdatum *	
Krankenkasse	
Straße	
PLZ / Wohnort	
Telefon	
Fax / E-Mail	@

* freiwillige Angabe

Datum / Unterschrift	

Sepa-Basislastschriftmandat

Hiermit ermächtige ich die Selbsthilfegruppe Wittmund-Aurich widerruflich, einen freiwilligen monatlichen Förderbeitrag, in Höhe von **€** durch Lastschrift von meinem Konto einzuziehen. Der Betrag wird jährlich im Voraus eingezogen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

IBAN (International Bank Account Number) **D E**	BIC (Bank Identifier Code)
Geldinstitut (Name, Ort)	
Kontoinhaberin / Kontoinhaber	

Datum / Unterschrift	