



## Beitrittserklärung

Ja, ich werde Mitglied in der

### Arbeitsgemeinschaft Asthmaschulung für Kinder und Jugendliche im Kreis Viersen e.V.

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Der Mitgliedsbeitrag beträgt zur Zeit für Einzelpersonen 15,- € für Familien 24,- € jährlich. Institutionen zahlen 60,- € pro Jahr. Auf Antrag kann der Betrag ermäßigt werden. Der Jahresbeitrag sowie Spenden sind von der Steuer absetzbar. Überweisungen bitte auf das **Konto Nr.: 0004424344 bei der Apotheker- und Ärztebank Krefeld, BLZ: 30060601**

Ich ermächtige Sie widerruflich, den Jahresbeitrag von € \_\_\_\_\_

ab dem \_\_\_\_\_ von meinem Konto abzubuchen.

Kontonummer: \_\_\_\_\_ Bankleitzahl: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)