

MITGLIEDSANTRAG

Verband Angiodysplasie Schweiz
9010 St. Gallen

PERSÖNLICHE ANGABEN

Name, Vorname: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

E-Mail: _____

Telefonnummer: _____

Geburtsdatum: _____

MITGLIEDSCHAFTSSTATUS

Ich beantrage die Mitgliedschaft als (bitte ankreuzen):

- Betroffene(r)
 Angehörige(r)

ERKRANKUNG

JAHRESBEITRAG

Der reguläre Jahresbeitrag beträgt 30 CHF und deckt die Grundkosten der Mitgliedschaft. Wer den Verband zusätzlich unterstützen möchte, kann gerne einen erhöhten Beitrag wählen:

- 30 CHF (Mindestbeitrag)
 60 CHF (Unterstützungsbeitrag)
 90 CHF (Förderbeitrag)

Bitte überweisen Sie den gewählten Betrag auf folgendes Konto:

St. Galler Kantonalbank

IBAN: CH90 0078 1629 1025 3200 0

BESTÄTIGUNG

Mit meiner Unterschrift erkläre ich meinen Beitritt zum Verband Angiodysplasie Schweiz und erkenne die Satzung des Verbandes an.

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

DATENSCHUTZHINWEIS

Die hier erhobenen personenbezogenen Daten werden ausschließlich zur Mitgliederverwaltung und zur Kommunikation mit dem Verband genutzt und nicht an Dritte weitergegeben.