

## 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.