

MITGLIEDSANTRAG

Verband Angiodysplasie Schweiz, 9010 St. Gallen

PERSÖNLICHE ANGABEN

Name, Vorname

Strasse, Hausnummer

PLZ, Ort

E-Mail

Telefonnummer

Geburtsdatum

MITGLIEDSCHAFTSSTATUS

☐ Betroffene(r)

☐ Angehörige(r)

ERKRANKUNG

JAHRESBEITRAG

Der reguläre Jahresbeitrag beträgt CHF 30. Wer den Verband zusätzlich unterstützen möchte, kann einen erhöhten Beitrag wählen:

☐ CHF 30 (Mindestbeitrag)

☐ CHF 60 (Unterstützungsbeitrag)

☐ CHF 100 (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.