



**Beitrittserklärung**

Ich erkläre hiermit als Elternteil / Erziehungsberechtigter / Betroffener / Förderer \*)  
meinen Beitritt zum

***Verein für angeborene Stoffwechselstörungen (VfASS) e.V.***

Ich bin bereit, einen Jahresbeitrag (steuerlich begünstigt) von  
€ \_\_\_\_\_ (mindesten € 20,-- jährlich) zu zahlen.

Name: .....

Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Anschrift: (Straße, HausNr.) .....

(PLZ, Ort) .....

Telefonnummer: .....

FAX: .....

e-mail: .....

Krankheit .....

Name des/der Betroffenen: .....

Geburtsdatum des/der Betroffenen: .....

betreuendes Stoffwechselzentrum: .....

....., den .....

.....  
(Unterschrift)

\*) Nichtzutreffendes bitte streichen

Verein für angeborene Stoffwechselstörungen e.V. IBAN: DE32 3006 0601 0007 6833 40 BIC: DAAEDEDXXX Deutsches Apotheker & Ärztebank
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Ein Formblatt zum Lastschrifteinzug Ihres Jahresbeitrages senden wir Ihnen gerne zu