



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
€ _____ (mindestens € 20,00 jährlich) zu zahlen.

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift: (Straße, HausNr.)

(PLZ, Ort)

Telefonnummer:

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 Deutsche Apotheker- und Ärztebank

☐ Ein Formblatt zum Lastschufteinzug Ihres Jahresbeitrages senden wir Ihnen gerne zu.