

An den
Schutzverband für Impfgeschädigte e.V.
Postfach 5228

58829 Plettenberg

Beitrittserklärung

Ich / wir erkläre(n) hiermit meinen / unseren Beitritt zum Schutzverband für Impfgeschädigte e.V..

(Name) (Vorname)

(Name des Geschädigten) (Geburtsdatum des Geschädigten)

(PLZ, Wohnort) (Straße, Hausnummer)

Telefonnummer Fax eMail

Haben Sie einen Internet-Zugang ja / nein

Wünschen Sie Kontakt zu Gleichbetroffenen? ja / nein

Den Jahresbeitrag von z. Zt. 55,00 Euro buchen Sie bitte von meinem Konto ab.

Konto-Nr.: _____ Bankleitzahl: _____

Bank: _____ Ort: _____

Die Satzung des Schutzverbandes erkenne ich an.

(Datum)

(Unterschrift)