

NeuroEndokrine Tumoren
Selbsthilfegruppe e.V.
(BS-NET e.V.)

BEITRITTSERKLÄRUNG



Einzelperson (Mitgliedsbeitrag) 15 Euro pro Jahr

Name: Vorname:

Geb. Datum:

Krankenkasse:

Beruf: berentet: Ja Nein

Straße: Haus-Nr.:

Ort: PLZ:

Tel.-Nr.: Fax:

E-Mail:

Den Mitgliedsbeitrag überweise ich jährlich im 1. Quartal auf das Konto:

Datum:

Bankverbindung: BS-NET e.V. | Postbank Berlin
BLZ: 100 100 10, Konto-Nr.: 648 421-103

Unterschrift: