



Antrag auf Mitgliedschaft im Landesselbsthilfeverband Thüringen für Osteoporose e.V.

Bitte gut lesbar in Druckbuchstaben ausfüllen

Hiermit stelle ich Antrag auf Mitgliedschaft im
Landesselbsthilfeverband Thüringen für Osteoporose e.V.

Name	.....	Vorname:	.....
Straße / Nr.:	.....	PLZ / Wohnort:	.....
Telefon:	.....	Geburtsdatum:	.....
Gruppe (Ort):	.....	Gruppen-Nr.:	.....
Gewünschtes Eintrittsdatum:	.....	
Ort, Datum	.....	Unterschrift	.....

Bitte beachten Sie folgende wichtige Punkte:

- Den ausgefüllten und unterschriebenen Antrag senden Sie bitte an den Landesselbsthilfeverband Thüringen für Osteoporose e.V., Hohe Str. 38, 99867 Gotha. Sie erreichen uns auch unter Telefon: 03621-211 802 oder Fax 03621-739 0685
- Die Mitgliedschaft läuft mindestens ein Jahr und verlängert sich, wenn sie nicht gekündigt wird, um ein weiteres Jahr. Die Kündigungsfrist beträgt 3 Monate zum Monatsende.
- Der Jahresbeitrag beträgt 36,- Euro und ist im voraus für ein Jahr zu entrichten.
- Bei Überweisungen bitte unbedingt angeben: Name, Vorname, Gruppennummer.
Unsere Bankverbindung:
Konto: 513 652, BLZ 820 641 68, Raiffeisenbank Gotha eG
IBAN: DE33820641680000513652 BIC: GENODEF1GTH