

Antrag auf Mitgliedschaft | Patienteninitiative Kassel e.V,

Ich möchte dem Verein Patienteninitiative Kassel e.V. beitreten:

Vorname, Name:.....

Straße / Hausnummer:.....

PLZ / Ort:.....

Tel.:.....

E-Mail:.....

Ich zahle einen monatlichen Mitgliedsbeitrag in Höhe von € (Richtsatz 6,- €)

Ort / Datum:..... Unterschrift:.....

Wenn Sie möchten, können Sie auch unserem Dachverband „Gesundheit Aktiv“ beitreten. Dafür entstehen Ihnen keine zusätzlichen Kosten. Ihren Mitgliedsbeitrag übernimmt die Patienteninitiative Kassel e.V.

Ich trete auch dem Verein „GESUNDHEIT AKTIV e. V. – Anthroposophische Heilkunst “ in Berlin als Mitglied bei. Meinen Mitgliedsbeitrag zahlt die Patienteninitiative Kassel e.V.

Vorname, Name:.....

Straße / Hausnummer:.....

PLZ / Ort:.....

Tel.:.....

E-Mail:.....

Ort / Datum:..... Unterschrift:.....