

Einfach diese Seite ausfüllen und abschicken!  
An Fax-Nr.: 09804 939 78 65



**Bundesverband | AUGE e.V.**  
Selbsthilfe chronische Erkrankungen

Oder per Post an:

Bundesverband AUGE e.V.  
Mühlweierweg 15  
91589 Aurach



### Mitgliedsantrag

- Ja, ich möchte Mitglied im Bundesverband AUGE e.V. werden und beteilige mich mit einem jährlichen Mitgliedsbeitrag: EUR 40,-

#### Meine Daten:

Anrede/Titel: ..... Name: .....

Vorname: ..... Geburtstag: .....

Straße und Hausnummer: .....

PLZ: ..... Ort: .....

Telefon: ..... Fax: ..... E-Mail: .....

.....  
(Ort, Datum)

.....  
(Unterschrift Mitglied)

\*) Der Mindestbeitrag für Mitglieder beträgt EUR 40,00 im Kalenderjahr und ist fällig beim Eintritt in den Verein. Im Folgejahr wird der Mitgliedsbeitrag jeweils zum 31. Januar abgebucht. Aus kosten- und verwaltungstechnischen Gründen ist nur Bankeinzug möglich. Datenschutz wird ausdrücklich zugesichert.

Hiermit ermächtige ich den BUNDESVERBAND AUGE e.V. bis auf Widerruf den Mitgliedsbeitrag von meinem nachfolgend genannten Konto abzubuchen:

Geldinstitut: .....

IBAN: .....

.....  
(Ort, Datum)

.....  
(Unterschrift Kontoinhaber)

Geschäftsstelle:  
BUNDESVERBAND AUGE e.V.  
Crellestraße 21, 10827 Berlin  
Tel. 030-823 24 24  
Fax: 030-823 24 22  
Email: [info@bundesverband-auge.de](mailto:info@bundesverband-auge.de)