

**Einfach diese Seite ausfüllen und abschicken!**

An Fax-Nr.: 030 – 8232422



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

Oder per Post an:

BUNDESVERBAND AUGE e.V.  
Crellestraße 21  
**10827 Berlin**

## 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:.....

Geburtsdatum: .....

Straße und Hausnummer: .....

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

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

\*) Der Mindestbeitrag für Mitglieder beträgt derzeit EUR 40,00 im Kalenderjahr und ist fällig beim Eintritt in den Verein. Im Folgejahr wird der Mitgliedsbeitrag jeweils zum 31. Januar erhoben. 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)

**X**

---

**BUNDESVERBAND AUGE e.V. Geschäftsstelle:**

Crellestraße 21, 10827 Berlin

Tel. 030-823 24 24, Fax: 030-823 24 22, Email: [info@bundesverband-auge.de](mailto:info@bundesverband-auge.de)