



CHARGE Syndrom e.V. - Elternkreis betroffener Kinder

ANTRAG AUF MITGLIEDSCHAFT

Vorname: _____ Familienname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ und Ort: _____

Telefon: _____ Telefax: _____

Mobil: _____ e-mail: _____

Ich / Wir melde(n) mich/uns als:

- CHARGE** Familie **CHARGE** Betroffener
 Fachkraft = Berufsbezeichnung _____
 Freunde / Verwandte Anderer an. _____

Angaben zum **CHARGE** Kind:

Vor- und Zuname: _____

Geburtsdatum: _____

Wann wurde **CHARGE** das 1.x diagnostiziert:

- bereits nach der Geburt bzw. in den ersten Lebenswochen
 zu einem späteren Zeitpunkt - wann: _____

Angaben zur **CHARGE** Familie

Eltern: Verheiratet Eheähnliche Gemeinschaft Alleinerziehend

Name(n), Vorname(n): _____

Weitere Kinder:

Name _____ Geburtsdatum _____

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

Bitte schicken Sie den ausgefüllten Antrag zurück an:

CHARGE Syndrom e.V., Borbath 19, D - 91448 Emskirchen



CHARGE Syndrom e.V.
Elternkreis betroffener Kinder
Borbath 19
D-91448 Emskirchen
Tel: 0049 (0)9104 – 826 345
Fax: 0049 (0)9104 – 826 345
e-mail: charge-syndrom@web.de
Internet: www.charge-syndrom.de

Sparkasse Neustadt a.d. Aisch – Bad Windsheim
BLZ 762 510 20 – Konto-Nr. 225 859 156

JAHRESBEITRAG

Der jährliche Mitgliedsbeitrag pro Familie beträgt EUR 20,- und ist in dieser Höhe zum 1. März des Jahres fällig. Dem Vorstand von **CHARGE** Syndrom e.V. wäre es eine große Hilfe und Arbeitserleichterung wenn Sie uns eine Einzugsermächtigung erteilen würden.

.....

EINZUGSERMÄCHTIGUNG VON FORDERUNGEN DURCH LASTSCHRIFTEN

Name und Anschrift des/der Kontoinhabers(s)

.....

.....

Hiermit ermächtige(n) ich/wir Sie widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen des Mitgliedsbeitrages bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres Kontos mittels Lastschriften einzuziehen. Wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung.

Verpflichtungsgrund: Mitgliedsbeitrag für **CHARGE** Syndrom e.V. – Elternkreis betroffener Kinder

BLZ

Meine / unsere Kontonummer

Kreditinstitut

Ort, Datum

Unterschrift(en)

.....