VEREIN ZUR FÖRDERUNG DER
AUGENHEILKUNDE IN DÜSSELDORF E.V.

ANMELDUNG ZUR AUFNAHME IN DEN VEREIN ZUR FÖRDERUNG DER AUGENHEILKUNDE IN DÜSSELDORF E.V.

Hiermit melde ich mich zur Aufnahme als Mitglied in den Verein zur Förderung der Augenheilkunde in Düsseldorf e.V.

Nach Bestätigung der Aufnahme durch den Vorstand werde ich den satzungsgemäßen Mitgliedsbeitrag - er beträgt zur Zeit 100,- EUR im Jahr - auf das Konto

Verein zur Förderung der Augenheilkunde in Düsseldorf e.V.

Stadtsparkasse Düsseldorf
IBAN: DE 89 3005 0110 1007 4238 31
BIC: DUSSDEDDXXX

Datum .....

Name, Vorname .....

Straße .....

PLZ, Wohnort .....

Telefon .....

E-Mail .....

Unterschrift .....

Bitte senden Sie uns dieses Formular per Post an folgende Adresse:

Verein zur Förderung der Augenheilkunde in Düsseldorf e.V.
c/o Frau Irene Maria Blank
Kalkstraße 43
40489 Düsseldorf

Für weitere Informationen besuchen Sie bitte unsere Internetseite oder kontaktieren sie uns per E-Mail.
www.augenverein-duesseldorf.de
info@augenverein-duesseldorf.de