



Beitrittserklärung

zur

1. Amputierten-Initiative e. V.

Bundesverband für Arm- und Beinamputierte / Gefäßkranke – seit 1991 -

Name:

Vorname:

Straße:

PLZ, Ort:

Telefon/Fax:

Email:

Geburtsdatum:

Krankenkasse:

Amputationshöhe links:.....Datum:

Amputationshöhe rechts:Datum:.....

Mitglied kann jeder werden, der die Interessen der Amputierten-Initiative e. V. unterstützt.

Ich erkläre meinen Beitritt zur Amputierten-Initiative e. V. und verpflichte mich, den jährlichen Mitgliedsbeitrag in Höhe von € 50,00 zu zahlen.

Datum:

Unterschrift: