

Beitrittserklärung zu
PSR Psoriasis Selbsthilfe Regensburg

Mit der Unterschrift dieses Formulars erkläre ich meinen sofortigen Beitritt als Mitglied der PSR Psoriasis Selbsthilfe Regensburg e.V. Die Mitgliedschaft ist beitragsfrei und verpflichtet zu nichts.

Name	<input type="text"/>	<p>Das unterschriebene Formular bitte senden an:</p> <p>PSO Psoriasis Selbsthilfe Regensburg e.V. Herrn Manfred Westenhuber 1. Vorsitzender Hetschenweg 1 93098 Mintraching</p>
Vorname	<input type="text"/>	
Straße und Hausnummer	<input type="text"/>	
PLZ	<input type="text"/>	
Ort	<input type="text"/>	
Telefon	<input type="text"/>	
Fax	<input type="text"/>	
E-Mail	<input type="text"/>	

Ich möchte (auch) Fördermitglied werden und spende jährlich einen Betrag von

€	<input type="text"/>
---	----------------------

auf das Konto der Raiffeisenbank Donaustauf BLZ 750 620 26 Konto Nr. 100 343 820 als Dauerauftrag bis auf Widerruf.

Fördermitglied	Ja	Nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bemerkung / Nachricht	<input type="text"/>	

Sollte die Mitgliederversammlung eines Tages eine beitragspflichtige Mitgliedschaft beschließen, so entscheide ich neu, ob ich unter den neuen Bedingungen weiterhin Mitglied bleiben möchte.

Wollen auch Sie ehrenamtlich tätig werden?

Ehrenamt	Ja	Nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ort, Datum	Unterschrift
<input type="text"/>	<input type="text"/>