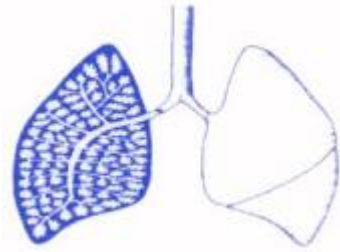


BEITRITTSERKLÄRUNG

Ich erkläre hiermit meinen Beitritt zur

**Patientenliga
Atemwegserkrankungen e. V.**

**Geschäftsstelle
Berliner Str. 84
55276 Dienheim**



Bitte in Blockschrift ausfüllen!

Familiennamenname Vorname

Strasse

PLZ. Ort

Telefon Telefax

Geb.- Datum Mein Ortsverband

**Den Jahresbeitrag in Höhe von €25 überweise ich nach
Erhalt der Beitragsrechnung.**

Datum Unterschrift

Betroffen Nicht betroffen

Bearbeitungsvermerke	
Mitglieds-Nr.	_____
Ortsverband	_____
Beitragsrechnung verschickt	_____
OV gewechselt nach	_____
Ausgeschieden	_____