



Beitrittserklärung

Ja, ich möchte die Arbeit des *Berliner Leberring e.V.* als Mitglied unterstützen.

Der jährliche Beitrag beträgt 30,00 € pro Person

Der jährliche Beitrag in der Familienmitgliedschaft beträgt 45,00 €

und gilt – unabhängig vom Zeitpunkt des Eintritts – für das laufende Kalenderjahr.

Der Jahresbeitrag ist fällig und zahlbar jeweils bis zum 31. März eines Jahres.

1. Mitglied

Name, Vorname	
Anschrift	
Geburtsdatum	
Telefon / Fax	
E-Mail	
Leber-Erkrankung	

2. Mitglied (bei Familienmitgliedschaft)

Name, Vorname	
Anschrift	
Geburtsdatum	
Telefon / Fax	
E-Mail	
Leber-Erkrankung	

Datum/Unterschrift **1. Mitglied**

Datum/Unterschrift **2. Mitglied**

Ich bin Selbstzahler

Ich bitte meinen/unseren Beitrag im Lastschriftverfahren einzuziehen

Ich erbitte Zugangsdaten für den geschützten Bereich auf der Homepage:

www.berliner-leberring.de

Ja Nein

Berliner Leberring e.V. – Beratungsstelle für Hepatitis-Betroffene			
c/o Charité Campus Benjamin Franklin, Hindenburgdamm 30, 12203 Berlin-Steglitz, Haus III, 1. OG rechts			
Sprechzeiten: Dienstag 13 – 17 Uhr Donnerstag 13 – 17 Uhr	Berliner Sparkasse BLZ: 100 500 00 - Kto.: 0190 3764 49 IBAN: DE31 1005 0000 0190 3764 49 BIC: BELADEVXXX	Finanzamt für Körperschaften I Berlin St. Nr. 27/661/60079	Tel.: 030 – 83 22 67 75 Fax: 030 – 74 92 44 07 kontakt@berliner-leberring.de www.berliner-leberring.de

