

An die
Galaktosämie Initiative Deutschland e.V.
Kirstin Krei
Orchideenstr. 9
24811 Owschlag

1. Vorstand

Kirstin Krei
Orchideenstr. 9
24811 Owschlag
Tel.: 0172 / 9251471
galakto1@galid.de

Vorstand / Kassenwartin

Christine Lichtenberg
Am Borg 10b
21224 Rosengarten
Tel.: 0172 / 4160977
kasse@galid.de

2. Vorstand

Silke Wallisch-Prinz
Berliner Str. 6
99091 Erfurt
Tel.: 0163 / 7087244
galakto2@galid.de

www.galid.de

Beitritt zum Verein

Ich/Wir möchte(n) der Galaktosämie Initiative Deutschland e.V. beitreten und erkläre(n) mich/uns mit dem zurzeit geltenden Mitgliedsbeitrag von **55 €** pro Familie und Jahr einverstanden. Ich/Wir werde(n) über alle Entwicklungen und Neuigkeiten bezüglich der Vereinsarbeit informiert, unsere Adresse wird in die Kontakt-Adressliste des Vereins aufgenommen und den anderen Mitgliedern zur Verfügung gestellt.

Name: Straße, Nr.:

Vorname: PLZ, Ort:

Telefon: E-Mail:

Art der Mitgliedschaft: betroffen / aktiv mit Kind fördernd

Vorname d. Kindes: Geb.-Datum des Kindes:

Name der Erkrankung:

Datum: Unterschrift:

Zur Verringerung der ehrenamtlichen Verwaltungstätigkeit erteile ich dem Verein eine Einzugsermächtigung für den Mitgliedsbeitrag:

Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtigen wir die Galaktosämie Initiative Deutschland e.V. widerruflich, den jeweils von der Mitgliederversammlung beschlossenen Mitgliedsbeitrag von derzeit 55 € von meinem Konto bei der nachfolgenden Bank durch Lastschrift einzuziehen:

Geldinstitut: BIC:

IBAN: Kontoinhaber:

Datum: Unterschrift:

Vereinsregister

Amtsgericht Düsseldorf
Registernummer: VR 7017

Konten

Sparkasse Lippstadt BIC: WELADED1LIP
Spendenkonto IBAN: DE26 4165 0001 1800 5050 40
Geschäftskonto IBAN: DE13 4165 0001 1800 5048 86