

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  
Fißstr. 6  
99089 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 Kiel  
Registernummer: VR 7413 Ki

**Konten**

Sparkasse Hellweg-Lippe BIC: WELADED1SOS  
Spendenkonto IBAN: DE02 4145 0075 1800 5050 40  
Geschäftskonto IBAN: DE86 4145 0075 1800 5048 86