

# BEITRITTSERKLÄRUNG

Name: ..... Vorname: .....

Straße: .....

PLZ/Ort: ..... Beruf: .....

Geb.-Datum: ..... Telefon (privat): .....

Fax (privat): ..... Telefon (dienstl.): .....

Fax (dienstl.): ..... E-Mail: .....

Conterganschädigung: ja  nein

Kurze Beschreibung der Conterganschädigung/Behinderung:

.....  
.....  
.....

Sonstige Behinderung: ja , welche: ..... nein

Ja, ich möchte Mitglied im Interessenverband Contergangeschädigter, Örtliche Gruppe Karlsruhe e.V., werden. Meine Mitgliedschaft soll

**am:** .....

beginnen. Ab diesem Zeitpunkt überweise ich regelmäßig den Jahresbeitrag von 25,00 Euro, der bis März eines jeden Jahres auf das Konto Nr. 10 40 88 88 bei der Sparkasse Karlsruhe (BLZ 660 501 01) überwiesen werden muss.

Die Satzungsbestimmungen und die Zuschuss-Richtlinien sind mir bekannt. Ich unterstütze nach Kräften die Zwecke und Ziele des Vereins.

.....  
Ort/Datum

.....  
Unterschrift