

Solidarisches Gesundheitswesen e.V.
Falkstraße 34

60487 Frankfurt/Main

solid.g-wesen@posteo.de



Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zu Solidarisches Gesundheitswesen e.V.

Der monatliche Mindestbeitrag für Berufstätige beträgt 5,00 €, für Studenten und Arbeitslose 2,50 €.

Ich bin bereit, einen monatlichen Beitrag von

_____ €

auf das unten genannte Konto des Vereins zu überweisen. Die Überweisung erfolgt

jährlich

monatlich.

Name: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Datum _____

Ort _____

Unterschrift _____