

Beitrittserklärung zum Wundnetz Saar e.V.

Blücherstr. 11
66119 Saarbrücken
kontakt@wundnetz-saar.de
Fax: 06 81 / 59 59 00 47

Name: Vorname:
Titel: Geburtsdatum:
PLZ/Wohnort: Straße:
Telefon:/..... Fax:/.....
Mobil: Mail:
www.

Mit meiner Beitrittserklärung erkläre ich gleichzeitig, dass meine berufliche Anschrift innerhalb des Wundnetzes veröffentlicht werden darf.

Zusätzliche Angaben:

Beruf: Arbeitsschwerpunkte:

Hiermit trete ich dem Wundnetz Saar e.V. als Mitglied bei.
Beitritt als: Einzelperson Juristische Person Anzahl Mitarbeiter:

Datum, Ort, Unterschrift:.....

Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich das Wundnetz Saar e.V. bis auf Widerruf den Jahresbeitrag von meinem Konto einzuziehen.

Kontoinhaber:.....

Bank:.....

IBAN:.....

BIC:.....

Datum, Ort, Unterschrift: