

# Antrag zur Mitgliedschaft

in dem

Mukoviszidose Selbsthilfe Region  
Bremen e.V.



<b>Name</b>		
<b>Vorname</b>		
<b>Straße, Hausnummer</b>		
<b>PLZ; Ort</b>		
<b>Tel.:</b>		
<b>Handy:</b>		
<b>E-Mail:</b>		

- Meinen Jahresbeitrag werde ich jährlich bis zum 31.03. überweisen.
- Meinen Jahresbeitrag lasse ich einziehen (Einzugsermächtigung liegt bei).
- Ich bitte um Beitragsbefreiung weil ich:

- von Grundsicherung, Hartz IV, ALG II lebe
- folgende Gründe (bitte kurz beschreiben) habe:

---

---

Ich beantrage die kostenlose Familienmitgliedschaft für folgende im gleichen Haushalt lebenden Personen:

<b>Name</b>	<b>Vorname</b>	<b>Wohnort</b>
		s. oben
		s. oben
		s. oben

Ich bin:  Betroffener;  Elternteil;  Angehöriger;  Behandler.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift