

deutsches
bündnis
gegen

DEPRESSION



Antrag auf Mitgliedschaft im Hammer Bündnis gegen Depression

Name, Vorname: _____

Adresse: _____

Geburtsdatum: _____

Telefonnummer: _____

Email-Adresse: _____

Hiermit bestätige ich die Mitgliedschaft im Hammer Bündnis gegen Depression und erkläre mich mit der Zahlung des Mitgliedsbeitrages in Höhe von 20,00 € im Jahr einverstanden.

- Eine Teilnahme am SEPA-Lastschriftverfahren ist gewünscht und wird gesondert auf einer Einzugsermächtigung bestätigt
- Eine Überweisung des Mitgliedsbeitrages ist gewünscht

Die Mitgliedschaft kann durch schriftliche Mitteilung an den Vorstand beendet werden und wird mit Ablauf des Kalenderjahres wirksam, in dem die Kündigung erfolgt.

Ort, Datum

Unterschrift