

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 \_\_\_\_\_ 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