



# ANGELMAN

## VEREIN ÖSTERREICH

ZVR-Zahl: 055118892

Mail: info@angelman.at Web: www.angelman.at

### **BEITRITTSERKLÄRUNG AKTIVMITGLIEDSCHAFT**

Familienname: \_\_\_\_\_

Vorname Mutter: \_\_\_\_\_ Geboren: \_\_\_\_\_

Vorname Vater: \_\_\_\_\_ Geboren: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E – Mail: \_\_\_\_\_

#### **Angelman – Kind(er)**

Name: \_\_\_\_\_ Geboren: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Geboren: \_\_\_\_\_

Genetische Diagnose:  Deletion  UPD  Mutation  Imprinting  Klinisch

#### **Geschwisterkind(er)**

Name: \_\_\_\_\_ Geboren: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Geboren: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Geboren: \_\_\_\_\_

- Ich möchte jährlich einen Zahlschein für den Mitgliedsbeitrag zugesandt bekommen
- SEPA – Lastschrift – Mandat (**bitte unteren Teil ausfüllen**)

-----

Ich bin damit einverstanden, dass der Mitgliedsbetrag von unten genanntem Konto durch Sepa-Lastschrift-Mandat abgebucht wird. Gläubiger -ID – Nr: **AT24ZZZ00000049653**

Kontoinhaber: .....

IBAN: .....

BIC: .....

BANK: .....

Ort / Datum: .....

Unterschrift: .....



Bankverbindung: Raiffeisenbank Blz: 32585 Kto: 1.014.000  
IBAN: AT49 3258 5000 0101 4000 BIC: RLNWATWWOBG

