

Mitgliedsantrag Lunge.Atmen.Leben e.V.

Name (Person oder Institution)

Vorname

Ansprechpartner bei Institution

Straße und Hausnummer

Postleitzahl Ort

Email-Adresse

Beitragshöhe

Datum Unterschrift

- persönliche Mitgliedschaft (mind. 5€ Jahresbeitrag, gerne mehr nach Ermessen)
- institutionelle Mitgliedschaft (mind. 150€ Jahresbeitrag, gerne mehr nach Ermessen)

Bitte senden Sie den Antrag an:

- info@lungeatmenleben.de
- Lunge.Atmen.Leben e.V.
c/o Med. Klinik V
Sana Klinikum Offenbach
Starkenburgring 66
63069 Offenbach

Bankverbindung:

IBAN DE59 5059 2200 0005 7230 19
Volksbank Dreieich-Offenbach

