

Antrag auf Mitgliedschaft im OSD Osteoporose Selbsthilfegruppen Dachverband e.V.

Bitte gut lesbar in Druckbuchstaben ausfüllen

Hiermit stelle ich Antrag auf Mitgliedschaft im
OSD Osteoporose Selbsthilfegruppen Dachverband e.V.

Name:	.....	Vorname:	.....
Straße / Nr.:	.....	PLZ / Wohnort:	.....
Telefon:	.....	Geburtsdatum:	.....
Gruppe (Ort):	.....	Gruppen-Nr.:	.....
Gewünschtes Eintrittsdatum:	.....	
Ort, Datum	.....	Unterschrift	.....

Bitte beachten Sie folgende wichtige Punkte:

- Den ausgefüllten und unterschriebenen Antrag senden Sie bitte an den
OSD e.V., 18.-März-Straße 23 a, 99867 Gotha.
Telefon: 03621 / 512581 - Fax: 03621 / 512582
- Die Mitgliedschaft läuft mindestens ein Jahr und verlängert sich, wenn sie nicht gekündigt
wird, um ein weiteres Jahr. Die Kündigungsfrist beträgt 3 Monate zum Monatsende.
- Der Jahresbeitrag beträgt 36,- € (ab 01.01.2019 38,- €) und ist im Voraus
für ein Jahr zu entrichten.
- Bei Überweisungen bitte unbedingt angeben: Name, Vorname, Gruppennummer.
Unsere Bankverbindung: Konto 75 00 54 115 / BLZ 820 520 20 / Kreissparkasse Gotha
- IBAN: DE78820520200750054115 BIC: HELADEF1GTH