



STROPHANTHIN
Der mögliche Sieg über den Herzinfarkt

Strophanthus e.V.

Registergericht Coburg, VR 200375

Beitrittserklärung

Name: _____ Vorname: _____
Straße: _____ Geburtsdatum: _____
PLZ: _____ Ort: _____
Telefon: _____ Mobil: _____
Email: _____

Mitgliedschaft (Zuordnung nach eigenem Ermessen = freiwillig):

- Einfache Mitgliedschaft: 3 EUR/Monat
 Dankbarkeits-Mitgliedschaft: 6 EUR/Monat
 Verordner (Ärzte und Heilpraktiker): 15 EUR/Monat
 Apotheker und Lieferanten: 20 EUR/Monat

Zahlweise: vierteljährlich halbjährlich jährlich

Die Mitgliedschaft beginnt mit dem Folgemonat des Datums der unterschriebenen Beitrittserklärung.

Hiermit erlaube ich, den Mitgliedsbeitrag **per SEPA-Lastschrift** einzuziehen:

IBAN: _____

BIC: _____ nur wenn Ausland

Die Satzung des Vereins (www.strophanthus.de, 4. Menüpunkt) habe ich zur Kenntnis genommen.

Wer ist oder war Ihr Strophanthin-beratender und Rezept-ausstellender Arzt ?

Ort, Datum

Unterschrift

Bitte per Email an: strophanthus.ev@gmail.com oder per Post an Dr. Debusmann, Am Ölberg 36, 96450 Coburg

Vorsitzender: Dr. Wieland Debusmann, Am Ölberg 36, 96450 Coburg
2. Vorsitzender: Dr. Lutz Riedel, Dorfstraße 21, 99518 Rannstedt
Schatzmeister: z.Zt. kommissarisch Dr. Debusmann