



**Schweizerische Vereinigung  
Osteogenesis Imperfecta**  
Leutschenbachstrasse 45 | 8050 Zürich  
Tel. 043 300 97 60 | [www.glasknochen.ch](http://www.glasknochen.ch)  
[geschaeftsstelle@glasknochen.ch](mailto:geschaeftsstelle@glasknochen.ch)

## Beitrittserklärung

Hiermit melde ich mich definitiv als Mitglied an. Ich habe die Statuten gelesen und bin damit einverstanden.

### Art der Mitgliedschaft

- |                          |                                  |           |
|--------------------------|----------------------------------|-----------|
| <input type="checkbox"/> | Familienmitglied                 | CHF 70.00 |
| <input type="checkbox"/> | Einzelmitglied                   | CHF 50.00 |
| <input type="checkbox"/> | Passivmitglied (ohne Stimmrecht) | CHF 60.00 |

### Personalien

Name

Vorname

Strasse

PLZ / Ortschaft

Telefon

Mobile

E-Mail

AHV-Nr.

**Ort, Datum**

**Unterschrift**