



**Schweizerische Vereinigung
Osteogenesis Imperfecta**
Leutschenbachstrasse 45 | 8050 Zürich
Tel. 043 300 97 60 | www.glasknochen.ch
geschaeftsstelle@glasknochen.ch

Beitrittserklärung

Hiermit melde ich mich definitiv als Mitglied der Schweizerischen Vereinigung Osteogenesis Imperfecta an. Ich habe die Statuten gelesen und bin damit einverstanden.

Art der Mitgliedschaft

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

Personalien

Name _____

Vorname _____

Strasse _____

PLZ / Ortschaft _____

Telefon _____

Mobile _____

E-Mail _____

AHV-Nr. _____

Ort, Datum

Unterschrift
