

Bitte senden an:
geschaeftsstelle@humorcare.com

Beitrittserklärung

(Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Name und Vorname / Institution _____

Straße _____

Ort _____

Telefon _____

Email _____

Geburtsdatum (optional) _____

Ausbildung / Beruf _____

Aktuelle Berufstätigkeit _____

Jährlicher Mitgliedsbeitrag

(bitte ankreuzen)

- Ordentliches Mitglied (Einzelperson) 60,00 Euro
- Ermäßigter Beitrag (Studierende / Auszubildende, Menschen mit Schwerbehindertenausweis) 20,00 Euro
- Kollektivmitglied (Organisation / Institution) 100,00 Euro

Ort und Datum

Unterschrift