

Naturheilverein Darmstadt und Umgebung e.V. 1884  
Werlacher Weg 5  
64839 Münster  
Tel.: 06071/612750 + 3055420  
FAX:06071/3055423  
e.Mail : info@naturheilverein-darmstadt.de

Ich will/wir wollen der Gesundheit zuliebe Mitglied im Naturheilverein Darmstadt und Umgebung e.V. 1884 werden. Der monatliche Beitrag in Höhe von € 4,00/ € 48,00 jährlich, soll einmal jährlich von meinem Girokonto abgebucht werden. Die Mitgliedschaft soll

Beginnen/ist seit: .....

Familienname: .....

Vorname: .....

Telefon: ..... FAX:.....

Geburtstag: ..... Beruf:..... (freiwillig)

Strasse: .....

PLZ/Ort: .....

**Ehepartner und Kinder unter 18 Jahren sind beitragsfreie „Familienmitglieder“**

Name des Partners: .....

Geburtstag: ..... Beruf:..... (freiwillig)

**Ermächtigung zum Bankeinzug zu Lasten meines Girokontos**

Bankverbindung: .....

BLZ # ..... Konto #:.....

Datum: ..... Unterschrift:.....

„Der Natur und dem Leben vertrauen“