



HYPOPHOSPHATASIE  
DEUTSCHLAND E.V.

**Hypophosphatasie Deutschland e.V.**  
c/o Gerald Brandt  
Rottendorfer Straße 1  
97072 Würzburg

## Antrag auf Mitgliedschaft im Verein Hypophosphatasie Deutschland e.V.

### Daten der/des Antragsteller/s:

Name: .....

Vorname: .....

Adresse: .....

.....

Geburtsdatum: .....

Telefon: .....

E-Mail-Adresse: .....

Beruf: .....

(mit °gekennzeichnete Felder sind Pflichtfelder)

Der Mitgliedsbeitrag pro Jahr und Mitglied beträgt € 25,--.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass die gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen.  
Des weiteren habe ich die Satzung des Vereins Hypophosphatasie Deutschland e.V.  
gelesen und erkenne diese mit meiner Unterschrift an.

Ort, Datum, Unterschrift .....

**Bankeinzug:** Ich ermächtige hiermit Hypophosphatasie Deutschland e.V. bis auf Widerruf  
jeweils zu Jahresbeginn meinen Mitgliedsjahresbeitrag von folgendem Konto abzubuchen.

IBAN: ..... BIC: .....

Inhaber/in: ..... Name der Bank.....

Ort, Datum, Unterschrift .....