

## BEITRITTSERKLÄRUNG

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in die  
Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft  
Ortsvereinigung Krefeld und Umgebung e.V.  
Ich bin bereit, den Jahresbeitrag von 30 €  
oder einen höheren Betrag von €\_\_\_\_\_ Zu zahlen

.....  
Name

.....  
Vorname

.....  
Strasse

.....  
PLZ/Ort

.....  
Telefon

.....  
Geburtsdatum

.....  
E-Mail

.....  
Datum

.....  
Unterschrift