

## BEITRITTSERKLÄRUNG

- Ich möchte Mitglied der Deutschen Parodontose Hilfe e.V. werden (Jahresbeitrag € 20,00)

Name, Vorname

.....  
Strasse

.....  
PLZ Ort

.....  
Geburtsdatum

.....  
Telefon / Handy

.....  
Fax

.....  
E-Mail

.....

- Ich überweise den Mitgliedsbeitrag auf das Konto der Deutschen Parodontose Hilfe e.V. Nr. 551 001 334 bei der Stadtparkasse Dortmund. (BLZ 440 501 99)
- Ich unterstütze die Arbeit der Deutschen Parodontose Hilfe e.V. durch eine einmalige Spende in Höhe von € ..... und überweise den Betrag auf das Konto Nr. 551 001 334 bei der Stadtparkasse Dortmund. (BLZ 440 501 99)

Ort, Datum

Unterschrift

.....

.....