

Antrag auf Mitgliedschaft
Bündnis gegen Depression Frankfurt am Main e.V.

* Diese Felder bitte vollständig und gut leserlich ausfüllen!

Anrede: * Frau Herr Divers

Titel: _____

Vorname: * _____

Name: * _____

Telefon: * _____

Mobil: _____

E-Mail: * _____

Straße: * _____

Postleitzahl/ Ort: * _____

Ergänzungen zur Dienstadresse

Praxis, Klinik, Institut: _____

Adresszeile 1: _____

Adresszeile 2: _____

Ich werde **Mitglied** mit

30,00 € Standard-Jahresmitgliedsbeitrag

60,00 € Solidaritäts-Jahresmitgliedsbeitrag

Ich werde **Fördermitglied** und unterstütze das Bündnis gegen Depression Frankfurt am Main e.V. jährlich mit _____ €. Bitte buchen Sie den Fördermitgliedsbeitrag jährlich am _____ von meinem Konto ab.

Freiwillige Angabe für unsere Statistiken:

- Professionelle(r)
- Betroffene(r)
- Angehörige(r)
- keine Angabe

