

An das
Frankfurter Bündnis gegen Depression e.V.
c/o Universitätsklinikum Frankfurt
Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
Heinrich-Hoffmann-Straße 10
60528 Frankfurt am Main

AUFNAHMEANTRAG FÖRDERMITGLIED

Hiermit beantrage ich die Aufnahme im Verein Frankfurter Bündnis gegen Depression e.V.
als Fördermitglied (Satzung § 3.2):

Name

Ansprechperson
(nur für juristische Personen)

Straße, Hausnr.

PLZ, Ort

Telefon, Fax

E-Mail

Jahresmitgliedsbeitrag für Einzelpersonen (mind. 100 Euro) Euro*

Jahresmitgliedsbeitrag für juristische Personen (mind. 500 Euro) Euro*

* Bitte Betrag einsetzen.

Ich bin mit der Nennung meines/unseres Namens als Fördermitglied auf der Internetseite und in
Veröffentlichungen des Bündnis gegen Depression Frankfurt am Main e.V. einverstanden.

Ja

Nein

Die Vereinssatzung ist mir bekannt.

Ich bitte um Zusendung einer Vereinssatzung.

