

Beitrittserklärung für fördernde Mitglieder

Ich beantrage die Mitgliedschaft beim Verein Wundmanagement Oberösterreich

Firmenname	*		
Vorname			
Nachname			
PLZ:	*	Ort:	*
Straße:	*	Nr.:	*
Festnetz:		Mobile:	*
Email:	*		

* Bitte diese Felder unbedingt ausfüllen

**Der Mitgliedsbeitrag von € 300,- beinhaltet die fördernde
Mitgliedschaft für 1 Kalenderjahr
und ist auf das unten genannte Konto einzuzahlen.**

Bank: Hypo Oberösterreich
IBAN: AT67 5400 0000 0663 5809
BIC: OBLAAT2L

Die Gültigkeit der Mitgliedschaft wird erst nach Einlangen des Mitgliedsbeitrages auf das oben genannte Konto wirksam.

Durch meine Unterschrift erkenne ich die Satzung an.

Datum: _____

Unterschrift: _____

Ihren Antrag können Sie uns wie folgt zukommen lassen:

per Email an: m.ortbauer.vwmooe@gmail.com

per Post an: Manfred Ortbauer
Grillparzerstraße 22b
4701 Bad Schallerbach

