

## BEITRITTSERKLÄRUNG

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zur

### **Deutschen Gesellschaft für CHIVA e.V.**

zum ..... (Datum)

Name: .....

Anschrift:.....

E-Mail-Adresse: .....

Ich bin damit einverstanden, dass mir die Korrespondenz der DG CHIVA elektronisch zugesandt wird

Ort, Datum:

Unterschrift:

.....

Die Vereinssatzung habe ich zur Kenntnis genommen.

Der Jahresbeitrag (50,00 €)

soll von meinem Konto abgebucht werden:

Kontonummer: .....

Bei: .....

BLZ: .....

wird von mir nach Eingang des Bescheids überwiesen

Ort, Datum:

Unterschrift:

.....

Bitte drucken Sie diese Seite aus und senden Sie sie an folgende Adresse:

**Deutsche Gesellschaft für CHIVA**

Dr. med. Erika Mendoza  
Speckenstraße 10

D-31515 Wunstorf