

## Beitrittserklärung

zum "Therapeutikum Krefeld e.V."

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
 Straße / Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ Wohnort: \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Als Förderbeitrag zahle ich: \_\_\_\_\_ € monatlich / vierteljährlich / halbjährlich / jährlich  
 (nicht Zutreffendes bitte streichen)

Erstmalig ab: \_\_\_\_\_ **auf das oben angegebene Konto**

Aus buchungstechnischen Gründen wären wir Ihnen dankbar, wenn Sie einen Dauerauftrag einrichten würden.

Zahlungsweise:

- Dauerauftrag    Überweisung  
 Ich bitte um eine Spendenbescheinigung  
 Ich benötige keine Spendenbescheinigung   (Zutreffendes bitte ankreuzen)

.....  
 Sehr geehrte liebe Mitglieder,  
 der Verein "**gesundheit aktiv** anthroposophische heilkunst e.V. " ist unsere Patientenvertretung in Deutschland. Um das ganzheitliche therapeutische Spektrum der Anthroposophischen Medizin für alle Patienten gesetzlich abzusichern und individuell zugänglich zu machen, ist sein Einsatz heute dringender denn je. Deshalb schlagen wir folgendes vor:

Doppelmitgliedschaft  
 im **Therapeutikum Krefeld e.V.**  
 und  
 im Verein "**gesundheit aktiv** anthroposophische heilkunst e.V."

Hiermit möchte ich dem Verein "gesundheit aktiv anthroposophische heilkunst e.V." als Doppelmitglied zum Nulltarif beitreten und diesen in seinem Eintreten für die Erhaltung und Erweiterung der Komplementärmedizin, insbesondere der Anthroposophischen Medizin, mit meiner Stimme zu unterstützen. Um zusätzlich den Verein "gesundheit aktiv anthroposophische heilkunst e.V." finanziell zu unterstützen, bin ich bereit, einen Beitrag

in Höhe von € \_\_\_\_\_ zu zahlen.

Bei einem Beitrag ab 12 € / Jahr gibt es dreimal jährlich einen Rundbrief mit umfangreichen Informationen zu Gesundheits- und Krankheitsthemen, aktuellen Informationen zur Gesundheitspolitik und Aktivitäten des Vereins.

**Beitrag bitte auf das Konto 17 217 900 BLZ 430 609 67 bei der GLS Gemeinschaftsbank überweisen**

Name, Vorname: .....  
 Straße, PLZ, Ort: .....  
 Tel., Fax: .....

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift