

**Sitz:** Kinderhospital Osnabrück  
Iburger Straße 187, 49082 Osnabrück  
Tel.: 0541/5602-0 / Fax.: 5602-107  
**1. Vorsitzender:** Dr. med. R. Szczepanski



## MITGLIEDSBEITRAG

Hiermit ermächtige ich die Arbeitsgemeinschaft Asthmaschulung im Kindes- und Jugendalter e. V., vertreten durch den Schatzmeister, Dr. Thomas Lob-Corzilius, meinen Jahresbeitrag im ersten Quartal des jeweiligen Kalenderjahres von meinem Konto abzubuchen, bis die Ermächtigung widerrufen wird.

Laut Beschluss der Jahresmitgliederversammlung vom 09.02.2002 wird die Höhe des Beitrages durch Selbsteinstufung wie folgt festgelegt:

- € 40,- für Ärzte, Psychologen und ähnlich Verdienende
- € 25,- für Krankenschwestern, Sporttherapeuten, Atemgymnasten etc.
- € 15,- für Mitglieder von Selbsthilfegruppen, Arbeitslose, Studenten

Meine Beitragshöhe: \_\_\_\_\_ DM

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

Kontonummer: \_\_\_\_\_

Bankleitzahl: \_\_\_\_\_

Name der Bank: \_\_\_\_\_

Bundesland: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Bitte die Ermächtigung einsenden an Dr. Thomas Lob-Corzilius (Adresse wie oben).  
Bedenken Sie bitte, die Ermächtigung spart eine Menge Verwaltungsaufwand!

Sollte dennoch für Sie eine Ermächtigung nicht in Frage kommen, überweisen Sie bitte Ihren Beitrag auf folgendes Konto:

Arbeitsgemeinschaft Asthmaschulung

Konto-Nr: 764 373  
BLZ 265 501 05  
Sparkasse Osnabrück