



AGS- Eltern- und Patienteninitiative  
Mail: [info@ags-initiative.ch](mailto:info@ags-initiative.ch), Internet: [www.ags-initiative.ch](http://www.ags-initiative.ch)

## BEITRITTSERKLÄRUNG

(bitte ausgefüllt zurücksenden an  
AGS-Eltern- und Patienteninitiative Schweiz, Solibodenstrasse 21, 8180 Bülach)

Hiermit möchte ich der AGS-Eltern- und Patienteninitiative beitreten.

Name: .....

Vorname: .....

Adresse: .....

Telefon: .....

Email: .....

als

Einzelperson  (Fr. 40.-)

Familie  (Fr. 40.-)

Die Mitglieder bitten wir, jährlich jeweils im Januar, für das laufende Jahr ihren Mitgliedsbeitrag auf unser unten aufgeführtes Vereinskonto zu überweisen.

Konto-Nr.: **1100-4222.980** Bankleitzahl: **CH 40 0070 0110 0042 2298 0**

Bank: Zürcher Kantonalbank ZKB, Postfach 8010 Zürich

Kontoinhaber: AGS- Eltern- und Patienteninitiative Schweiz

Zahlungsvermerk: **Mitgliederbeitrag**

Ort, Datum Unterschrift

.....