



Es gibt 2 Mitgliedschaftsarten:

Für Betroffene: **Beitragsfrei**

Für Angehörige und Gönner: **60,- €** (Jahresbeitrag)

Das entsprechende Formular können Sie downloaden und ausgefüllt und unterschrieben an unten angegebene Adresse zusenden! Um die PDF-Files zu lesen benötigen Sie den Adobe Acrobat Reader.

[Formular Beitragsfrei](#)

[Formular Beitragspflichtig](#)

FOP e.V. - Frankfurter Landstraße 11a - 61440 Oberursel
Tel.: +49 (0) 6171 / 916766

~~Download Acrobat Reader (for Windows) and use it at the following address!~~
~~Download Acrobat Reader~~