



AUFNAHMEANTRAG für die Mitgliedschaft beim Sarkoidose-Netzwerk e.V.

Name	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
Straße	<input type="text"/>	PLZ / Ort	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>	Mail	<input type="text"/>
Geburtstag*	<input type="text"/>	Beruf*	<input type="text"/>
<i>* Diese Angaben sind freiwillig</i>		Betroffen*	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Der Jahresbeitrag beträgt für (bitte Zutreffendes ankreuzen):			
<input type="checkbox"/> ein ordentliches Mitglied 30,00 Euro mit Einzugsermächtigung**)			
<input type="checkbox"/> Angehörige eines ordentlichen Mitgliedes 5,00 Euro mit Einzugsermächtigung**)			
<input type="checkbox"/> ein förderndes Mitglied Euro als Selbstzahler / mit Einzugsermächtigung**)			
<i>**) auch ordentliche Mitglieder und Angehörige können freiwillig einen höheren Beitrag zahlen</i>			
Der Verein erhebt, speichert und verarbeitet im Rahmen der Mitgliederverwaltung alle Daten dieses Formulars ausschließlich für Vereinszwecke gemäß den Bestimmungen der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO). Das Mitglied willigt mit seiner Unterschrift in die Verarbeitung ein.			
Ort, Datum	Unterschrift		

SEPA-Lastschriftmandat			
Ich ermächtige das Sarkoidose-Netzwerk e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem Sarkoidose-Netzwerk e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.			
IBAN	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
BIC	<input type="text"/>	Kreditinstitut	<input type="text"/>
Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für die gemäß der jeweils aktuellen Beitragsübersicht geltenden fälligen Beitrags-Zahlungen für das Mitglied:			
Name und Vorname Kontoinhaber			
Vor dem ersten Einzug einer SEPA – Basislastschrift wird mich das Sarkoidose-Netzwerk e.V. über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten.			
Ort, Datum	Unterschrift Kontoinhaber		

Bitte senden Sie den ausgefüllten Aufnahmeantrag an:

Sarkoidose-Netzwerk e.V., Geschäftsstelle, Königswinterer Str. 37, 53227 Bonn,
Tel.: 01573-7977124, Email: verein@sarkoidose-netzwerk.de

Bankverbindung / Spendenkonto:

Volksbank Köln Bonn eG

IBAN: DE54 3806 0186 4935 5280 17

BIC: GENODED1BRS