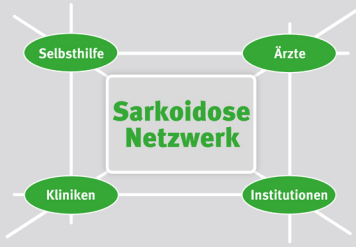
Sarkoidose - Netzwerk e.V.



A U F N A H M E A N T R A G

für die Mitgliedschaft beim Sarkoidose-Netzwerk e.V.

Löschen

Name		**Vorname**	
Straße		**PLZ / Ort**	
Telefon		**Mail**	
Geburtstag*		**Beruf***	
** Diese Angaben sind freiwillig*		**Betroffen***	**Ja** ☐ **Nein** ☐

Der Jahresbeitrag beträgt für *(bitte Zutreffendes ankreuzen)*:

☐ ein ordentliches Mitglied 4**0,00** Euro mit Einzugsermächtigung**)

☐ Angehörige eines ordentlichen Mitgliedes 10**,00** Euro mit Einzugsermächtigung**)

☐ ein förderndes Mitglied …….. Euro als Selbstzahler / mit Einzugsermächtigung**)

***) auch ordentliche Mitglieder und Angehörige können freiwillig einen höheren Beitrag zahlen*

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

BIC **Kreditinstitut**

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**

Drucken

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