Beitrittserklärung zu Selbsthilfegruppe für Hypophysen- und Nebennierenerkrankte Tübingen, Stuttgart und Umgebung eV.

– Bitte in Druckschrift ausfüllen-

Mitgliedsbeiträge proJahr: ☐ Einzelperson 20,00 €, ☐ Familien 25,00 €, ☐ Firmen 150,00 €
(bitte ankreuzen) * freiwillige Angabe

Anrede/Titel :_____

Vorname :_____

Name/Firma :_____

Straße, Haus-Nr. :_____

PLZ, Ort :_____

Telefon :_____ **Fax*** :_____

Mobil* :_____ **Email** :_____

Bei Einzelpersonen Geburtsdatum* :_____

Die Unterschrift unter dieser Beteiligungserklärung gilt als Antrag zur Mitgliedschaft. Mit Eingang des Mitgliedsbeitrages auf dem Vereinskonto beginnt die Mitgliedschaft. Die Satzung kann aus finanziellen Gründen nicht jedem Vereinsmitglied zugesandt werden, kann aber jederzeit auf Verlangen eingesehen werden.

Ort, Datum_____**Unterschrift**_____

SEPA-Lastschriftsmandat
Gläubigeridentifikationsnummer DE87ZZZ00000926984
Mitgliedsmandat (wird separat mitgeteilt)

Ich ermächtige die Selbsthilfegruppe für Hypophysen- und Nebennierenerkrankte Tübingen, Stuttgart und Umgebung e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Selbsthilfegruppe für Hypophysen – und Nebennierenerkrankte Tübingen, Stuttgart und Umgebung e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.
Hinweis : Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum die Erstattung des belastenden Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.
Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung (einmal jährlich)

Name des Kontoinhabers:_____

Anschrift:_____
IBAN:

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

BIC (8 oder 12 Stellen):

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Ort:Datum_____ **Unterschrift**_____