

## Antragsbogen zur Aufnahme als Mitglied des Vereins Ärzte schnuppern Landluft e.V.

Name (natürliche oder juristische Person):

Funktion:

Adresse:

Telefon:

Handy:

E-Mail:

Hiermit beantrage ich die Aufnahme als ordentliches Mitglied in den Verein Ärzte schnuppern Landluft e.V.. Ich erkenne die Satzung und die Beitragsordnung, die mir ordnungsgemäß bekannt gegeben wurde an.

Ort, Datum

Unterschrift

### SEPA Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer DE  
Mandatsreferenz **wird separat mitgeteilt**

Ich ermächtige den Verein Ärzte schnuppern Landluft e.V., Zahlungen (Beiträge) von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem Verein „Ärzte schnuppern Landluft“ auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.  
Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

_____	Vorname und Name (Kontoinhaber)
_____	Straße und Hausnummer
_____	Postleitzahl und Ort
_____	Kreditinstitut (Name)

BIC: \_ \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_

IBAN : DE \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ \_

Ort, Datum

Unterschrift