

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

Name (natürliche oder juristische Person):

Funktion:

Adresse:

Telefon:

Handy:

E-Mail:

Hiermit beantrage ich die Aufnahme als Fördermitglied in den Verein Ärzte schnuppern Landluft e.V.. Ich erkenne die Satzung und die Beitragsordnung, die mir ordnungsgemäß bekannt gegeben wurde, an. Die Höhe meiner regelmäßigen Spende beträgt:

.....€ (mindestens 90€).

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