

Aufnahmeantrag mit Einzugsermächtigung

Ja, ich möchte Mitglied im Verein der

**Selbsthilfe Spina Bifida und Hydrocephalus in Nordrhein-Westfalen e.V.
(SBHC-NRW e.V.)** werden.

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße/Haus-Nr.: _____

PLZ, Wohnort: _____

Tel. privat: _____

Tel. dienstl.: _____

Handy: _____

Fax: _____

E-Mail: _____

weitere Familienmitglieder (max. 2, z.B. Ehegatte, Tochter/Sohn):

2. Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____, E-Mail: _____

3. Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____, E-Mail: _____

Für die Mitgliedschaft gelten die Satzung und die Ordnungen des Vereins. Diese erkenne ich mit meiner Unterschrift an. Dies gilt auch für die Höhe des Mitgliedsbeitrages gemäß der Beitragsordnung.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass der Verein die von mir gemachten Angaben im Rahmen der Mitgliederverwaltung speichert und sie ausschließlich für vereinsinterne Zwecke verwendet.

Ich bin damit einverstanden, dass der Verein Fotos, auf denen ich zu sehen bin, für seine Öffentlichkeitsarbeit verwendet. Dieses Einverständnis kann ich jederzeit per E-Mail an a_drepper@sbhc-nrw.de oder info@fsbh.de widerrufen

Ort, Datum: _____ **Unterschrift:** _____
Antragsteller / Antragstellerin

Ort, Datum: _____ **Unterschrift:** _____
Antragsteller / Antragstellerin

Ort, Datum: _____ **Unterschrift:** _____
Antragsteller / Antragstellerin

KOMBIMANDAT

zur Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

SBHC-NRW e.V. Orthöver Weg 72, 46286 Dorsten

Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE65ZZZ00000030130**

Mandatsreferenz:

Vorname und Name (Kontoinhaber/Zahler)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Datum, Ort und Unterschrift

1. Einzugsermächtigung

Ich ermächtige/Wir ermächtigen **SBHC-NRW e.V.** widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem/unserem Konto einzuziehen.

2. SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige/Wir ermächtigen **SBHC-NRW e.V.** Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von **SBHC-NRW e.V.** auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kreditinstitut des Zahlers (Name und BIC)

IBAN: D E _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _

Ort, Datum, Unterschrift/en des/der Zahler/s

Der Jahresbeitrag wird jeweils im Februar eingezogen.

Bitte leserlich in Druckbuchstaben schreiben