



Beitrittserklärung

Forschungsgesellschaft Atemwegerkrankungen e.V.

(SEPA-Lastschrift-Mandat)

Name	Vorname

Straße und Hausnummer	PLZ	Ort

Tel. privat	Handy Nr.

e-Mail	

Geburtstag	Mitgliedsnummer
	<input type="checkbox"/> wird vom Verein vergeben <input type="checkbox"/> als Mandatsreferenz nutzbar

Unsere Gläubiger-Identifikations-Nr.	DE 06ZZZ00001962365
---	----------------------------

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt in den Verein. Mein Beitritt erfolgt zum
 und erkenne die gültigen Vereinsstatuten als bindend an.

Vereinsbeitrag

Ich ermächtige die Forschungsgesellschaft Atemwegerkrankungen e.V. nach meinem Vereinsbeitritt und danach jeweils einmal jährlich, Zahlungen in der jeweiligen Höhe des festgelegten Mitgliedsbeitrags von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Forschungsgesellschaft Atemwegerkrankungen e.V. 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.

Kto.-Nr. BLZ

IBAN

BIC

bei Bank

Ich bin einverstanden, dass mein Name und Beruf auf der Vereinswebsite veröffentlicht werden.

ja
nein

Ort, Datum

Unterschrift des Zahlungspflichtigen

IBAN: DE93 2175 0000 01650195 06	BIC: NOLADE21NOS
----------------------------------	------------------