

## Aufnahmeantrag Einzelperson

Hiermit beantrage ich,

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ / Wohnort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

die Aufnahme in den Verein @MEDICAL e.V. ab dem: \_\_\_\_\_ Mitglieds-Nr.: \_\_\_\_\_

Aufnahmegebühr einmalig 100,00 €

Jahresbeiträge (zutreffendes bitte ankreuzen)

- Kinder bis 14 Jahren: Euro 30,00
- Jugendliche bis 18 Jahre: Euro 50,00
- Erwachsene über 18 Jahre: Euro 70,00
- Azubis (18 bis 27 Jahre): Euro 60,00
- Rentner / Pensionäre: Euro 60,00
- Fördernde Mitglieder: Euro 100,00
- Andere: Euro 150,00
- Anderer frei gewählter Jahresbeitrag EUR \_\_\_\_\_

Der Einzug erfolgt jährlich zum 01. Januar (keine Vorab-Info mehr nötig).

- Ich stimme der Veröffentlichung auf der Homepage des Vereins ([www.medical-ev.org](http://www.medical-ev.org)) zu
- Ich stimme der Weitergabe meiner Daten an Vereinsmitglieder zu
- Ich stimme der Verarbeitung meiner Daten zu vereinszwecken sowie deren Speicherung zu.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (bei Minderjährigen Unterschrift eines gesetzlichen Vertreters)



## SEPA-Lastschriftmandat

(wiederkehrende Zahlungen)

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE12345612345

Mandatsreferenz: Jahresbeitrag – Mitglieds-Nr. XXXX

Ich ermächtige den Verein @MEDICAL e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an,

die vom Verein @MEDICAL 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.

Kreditinstitut: \_\_\_\_\_

Konto-Inhaber: \_\_\_\_\_

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

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

Alternativ: Konto-Nr.: \_\_\_\_\_ BLZ: \_\_\_\_\_

Die Daten werden zur Vereinsverwaltung auf elektronischen Datenträgern während der Mitgliedschaft gespeichert.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
(Ort) (Datum) Unterschrift  
(bei Minderjährigen die Erziehungsberechtigten)

(Bei Minderjährigen ist die Unterschrift des/r Erziehungsberechtigten zwingend erforderlich. Mit der Unterschrift erklärt/en sich der/die Erziehungsberechtigte/n bereit, die Beitragszahlung bis zur Volljährigkeit des Kindes zu übernehmen.