

Aufnahmeantrag Familie/Mehrpersonen

Hiermit beantragen wir,

1.) Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____ Telefon: _____

Email: _____

2.) Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____ Telefon: _____

Email _____

Straße _____

PLZ / Wohnort _____

Kind 1: _____ Kind 2: _____

Kind 3: _____ Kind 4: _____

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

Aufnahmegebühr einmalig 100,00 €

Jahresbeiträge (zutreffendes bitte ankreuzen)

- | | | |
|--------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> | Ehepaar/eingetragene Lebensgemeinschaft: | Euro 120,00 |
| <input type="checkbox"/> | Familienbeitrag mit Kindern: | <input type="checkbox"/> 1 Kind Euro 150,00 |
| | | <input type="checkbox"/> 2 Kinder Euro 170,00 |
| | | <input type="checkbox"/> 3 bis 5 Kinder Euro 190,00 |

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

- Es wird der Veröffentlichung auf der Homepage des Vereins (www.medical-ev.org) zugestimmt
- Es wird der Weitergabe der Daten an Vereinsmitglieder zugestimmt
- Es wird der Verarbeitung der Daten zu vereinszwecken sowie deren Speicherung zugestimmt.

Ort, Datum

Unterschrift 1. und 2.



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 Kontoinhaber