

ANTRAG AUF MITGLIEDSCHAFT

Dominican Health e.V.

Briefkasten-Nr.: 954
Robert-Gerwig-Platz 1,
78120 Furtwangen

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Verein Dominican Health e.V.

Mitgliedsdaten:

Vorname*:
Nachname*:

oder

Name der Institution*:

Straße und Hausnummer*:

Postleitzahl und Wohnort*:

Geburtsdatum://

Telefon:..... E- Mail*.....

Durch meine Unterschrift erkenne ich die Satzung des Vereins an. Der Mitgliedsbeitrag ist jedes Jahr zu 1. März fällig und beträgt für mich

- Fairer Beitrag** (Studierende, Auszubildende, Sozialleistungsbeziehende und Geringverdienende): 24 € (vierundzwanzig Euro)
- Einzelpersonen** (Standardbeitrag): 50 € (fünfzig Euro)
- Firmen und Institutionen:** 100 € (einhundert Euro)

Bei Neueintritt wird der Mitgliedsbeitrag 14 Tage nach Eintrittsdatum fällig.

Mit der Speicherung meiner Daten im Rahmen der Satzung bin ich einverstanden, ebenso mit der der Weitergabe meiner Daten an andere Vereinsmitglieder.

Bankverbindung des Vereins Dominican Health e.V.

Bitte **überweisen** Sie den Mitgliedsbeitrag auf folgendes Konto **oder** erteilen Sie uns eine **Einzugsermächtigung** mit dem beigefügten SEPA-Lastschriftmandat:

Kreditinstitut: Sparkasse Schwarzwald-Baar

Kontoinhaber: Dominican Health e.V.

Verwendungszweck: Mitgliedsbeitrag Name und Vorname

IBAN: DE05 6945 0065 0151 0568 61

BIC: SOLADES1VSS

Wenn jeder einen Teil dazu beiträgt, kann man Großes schaffen!

Ort, Datum.....

Unterschrift.....

Erteilung des SEPA-Lastschriftmandats

Dominican Health e.V.

Briefkasten-Nr.: 952
Robert-Gerwig-Platz 1,
78120 Furtwangen

Gläubiger-Identifikationsnummer des Vereins: DE77ZZZ00002131807

Mandatsreferenz: _____
(vom Vorstand auszufüllen)

Ich ermächtige den Verein Dominican Health e.V. Furtwangen, Zahlungen wiederkehrend von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verein auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Der Mitgliedsbeitrag wird als Jahresbeitrag am 1. März jeden Jahres fällig. Bei Neueintritt wird frühestens nach 14 Tagen der Beitrag eingezogen.

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.

Kontoinhaber*in: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Kreditinstitut: _____

Ort, Datum

Unterschrift Kontoinhaber*in