

Bundesverein Impfgeschädigter e.V.
Beitrittserklärung – Einzel-/Familienmitgliedschaft

Hiermit beantrage ich/wir

Name, Vorname:

Weitere Familienmitglieder:

Unterschriften (Familie):

Straße:

PLZ, Ort:

Geburtsdatum:

Telefon:

E-Mail:

die Mitgliedschaft im Bundesverein Impfgeschädigter e.V.

Jahresbeitrag

- Einzelmitgliedschaft (eine Person) 50,00 Euro**
 Familienmitgliedschaft (max. drei Personen) 80,00 Euro

Kontakte

Ich/wir wünsche/n Kontakte (Zutreffendes bitte ankreuzen),

- zu anderen Mitgliedern gleicher Schädigung
 andere Mitglieder können mich/uns kontaktieren durch:
 den Vorstand
 selbst unter Herausgabe meiner Telefonnummer/Adresse/Email-Adresse
 ich/wir wünsche/n keine Kontakte zu anderen Mitgliedern

Ort, Datum

Unterschrift, ges. Vertreter bei Minderjährigen

Bundesverein Impfgeschädigter e. V., Eichenweg 5, 66839 Schmelz
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE82ZZZ00001910945

SEPA-Lastschriftmandat

Mandatsreferenz: (wird separat mitgeteilt)

Ich ermächtige dem Zahlungsempfänger Bundesverein Impfgeschädigter e.V. den Jahresbeitrag von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger Bundesverein Impfgeschädigter 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.

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung Zahlungseinzug: Zeitraum 1. bis 15. April

Name, Vorname:
(Kontoinhaber)

IBAN: **DE** _____

Bankinstitut: _____

Ort, Datum

Unterschrift Kontoinhaber