

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zur
Interessengemeinschaft der Nierenkranken Nordhessen e.V.

Ordentliches Mitglied Ja/Nein

Förderndes Mitglied Ja/Nein

Dialysepatient seit.....

Transplantiert seit.....

Nierenkrank seit.....

Sonstig Interessiert Ja/Nein

Der Jahresbeitrag für Mitglieder beträgt

20,00 Euro

Für Mitglieder mit Partner

25,00 Euro

Fördernde Mitglieder übernehmen keine Pflichten, der Beitrag und dessen Höhe sind freiwillig.

Der Beitrag ist jeweils am 1. Banktag im Mai des neuen Geschäftsjahres fällig, Geschäftsjahr ist das Kalenderjahr.

Mitglied

Partner

Vorname:.....

.....

Name:.....

.....

Geb. Datum:.....

.....

Strasse:.....

Telefon:.....

PLZ :..... Ort :.....

E-mail:.....

Datum :.....

Unterschrift.....

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE11ZZZ00000619989

Hiermit ermächtige/n ich/wir die Interessengemeinschaft der Nierenkranken Nordhessen e.V. Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Interessengemeinschaft der Nierenkranken Nordhessen 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.

Angaben zum Kontoinhaber und zur Bankverbindung:

Vorname und Nachname:

IBAN: DE

BIC

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers