

Mitgliedsantrag AdipositasHilfe Nord e.V

Ja, ich möchte Mitglied bei der AdipositasHilfe Nord e.V. werden.

Name: _____ Vorname: _____

Geb.-Datum: _____ E-Mail: _____

Straße: _____ PLZ/Ort: _____

Mitgliedsbeitrag / Monat: _____ € (der Mindestbeitrag beträgt 3 € / Monat und wird halbjährlich fällig)

Unterschrift / Datum: _____

Lastschriftermächtigung

Hiermit ermächtige ich die AdipositasHilfe Nord e.V. - bis auf Widerruf - die fälligen Mitgliedsbeiträge von meinem Konto einzuziehen. Gemäß Beschluss der Mitgliederversammlung werden alle Beiträge halbjährlich per Lastschrift eingezogen.

Bankname: _____

BIC: _____ IBAN _____

KtoInhaber: _____

Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht durchgeführt. Evtl. Kosten für Rücklastschriften werden dem Mitglied in Rechnung gestellt.

Datum / Unterschrift _____