

Anmeldung

für die Mitgliedschaft in der Deutschen Sarkoidose-Vereinigung e.V.

An die
Deutsche Sarkoidose-Vereinigung e.V.
Uerdinger Str. 43
D - 40668 Meerbusch

Telefon: 0 21 50 / 70 59 60
Telefax: 0 21 50 / 70 59 699
E-mail: Info@Sarkoidose.de

Absender:

Vorname, Name: _____
Straße, Hausnummer: _____
PLZ, Ort: _____
Bundesland: _____
Tel.: _____
Fax: _____
E-mail: _____
Geburtsdatum: _____
Beruf: _____

Jede Lastschrift-Ermächtigung vermindert den Verwaltungsaufwand erheblich. Vergrößern Sie deshalb den Wert Ihrer Hilfe und erteilen Sie uns eine Lastschrift-Ermächtigung (siehe unten). Vielen Dank.

Den Jahresbeitrag in Höhe von EUR 40,- bzw. von EUR 50,- für Mitglieder, die außerhalb Deutschlands wohnen, bitte ich per Lastschrifteinzug bis auf schriftlichen Widerruf abzubuchen von meinem Konto.

Eventuelle Änderungen der Bankverbindung werde ich umgehend mitteilen.

Unsere Gläubiger-Identifikationsnummer: DE56ZZZ00000388125

Mandatsreferenz: Mitgliedsbeitrag/Spende

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats für den Mitgliedsbeitrag:

1. Einzugsermächtigung

Ich ermächtige die Deutsche Sarkoidose-Vereinigung e.V. widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem Konto einzuziehen.

2. SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die Deutsche Sarkoidose-Vereinigung e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Deutsche Sarkoidose-Vereinigung 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 (Name und BIC) _____ | _____ | _____

IBAN: DE __ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____

Kontoinhaber (falls abweichend vom Absender): _____

Datum, Ort und Unterschrift des Kontoinhabers

Darüber hinaus möchte ich bis auf Widerruf zusätzlich eine freiwillige, regelmäßige Spende in Höhe von _____ EUR pro Jahr leisten.

Unsere Gläubiger-Identifikationsnummer: DE56ZZZ00000388125

Mandatsreferenz: Regelmäßige zusätzliche Spende

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats für eine regelmäßige zusätzliche Spende:

1. Einzugsermächtigung

Ich ermächtige die Deutsche Sarkoidose-Vereinigung e.V. widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem Konto einzuziehen.

2. SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die Deutsche Sarkoidose-Vereinigung e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Deutsche Sarkoidose-Vereinigung 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 (Name und BIC) _____ | _____ | _____

IBAN: DE __ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____

Kontoinhaber (falls abweichend vom Absender): _____

Datum, Ort und Unterschrift des Kontoinhabers

Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Basis-Lastschrift wird mich die Deutsche Sarkoidose-Vereinigung e.V. über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten. Bitte achten Sie auch auf die entsprechende Information in der Mitgliederzeitschrift.

Für Überweisungen oder Einzahlungen nutzen Sie bitte folgende Bankverbindung:

Deutsche Sarkoidose-Vereinigung e.V.:

BIC: WELA DE DN

IBAN: DE09 3055 0000 0080 1942 44

Den Jahresbeitrag sowie weitere Spenden können Sie in Ihrer Steuererklärung geltend machen.

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung der Deutschen Sarkoidose-Vereinigung e.V. in der jeweils gültigen Fassung an.

Ort, Datum

Unterschrift

Bitte diese Seite ausdrucken und zusammen mit der Anmeldung per Post oder per Fax an die Bundesgeschäfts- und -beratungsstelle senden.