

Anmeldung

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

An die
Deutsche Sarkoidose-Vereinigung e.V.
Postfach 30 43
D - 40650 Meerbusch

Telefon: +49 - 21 59 / 815 30 - 0
Telefax: +49 - 21 59 / 815 30 - 19
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.

Falls Ihre Kontoverbindung bei einer Bank außerhalb Deutschlands ist, bitte füllen Sie in diesem Fall die nachfolgende englische Fassung der Einzugsermächtigung/SEPA-Lastschriftmandat aus.

Englische Fassung der Mandatsreferenz für den Mitgliedsbeitrag:

Mandate reference – Membership fee/Donation

CREDITOR'S NAME & LOGO: Deutsche Sarkoidose-Vereinigung e.V.

By signing this mandate form, you authorize (A) Deutsche Sarkoidose-Vereinigung e.V. to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from Deutsche Sarkoidose-Vereinigung e.V..

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

1	Your name Name of the debtor(s)	
2	Street name and number	
3	Postal code and City	
4	Country	
5	Your account number - IBAN	
6	Your SWIFT BIC Bank number	
7	Creditor name	Deutsche Sarkoidose-Vereinigung e.V.
8	Creditor identifier	DE56ZZZ00000388125
9	Street name and number	P.O. Box 30 43
10	Postal code and City	D-40650 Meerbusch
11	Country	Germany
12	Type of payment: Recurrent payment or One-off payment	Recurrent payment
13	Amount	50,00 EUR
14	City or town in which you are signing and date	
Signature(s) - Please sign here		
Note: Your rights regarding the above mandate are explained in a statement that you can obtain from your bank.		

Englische Fassung der Mandatsreferenz für eine regelmäßige zusätzliche Spende:

Mandate reference – Regular additional donation

CREDITOR'S NAME & LOGO: Deutsche Sarkoidose-Vereinigung e.V.

By signing this mandate form, you authorize (A) Deutsche Sarkoidose-Vereinigung e.V. to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from Deutsche Sarkoidose-Vereinigung e.V..

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

1	Your name Name of the debtor(s)	
2	Street name and number	
3	Postal code and City	
4	Country	
5	Your account number - IBAN	
6	Your SWIFT BIC Bank number	
7	Creditor name	Deutsche Sarkoidose-Vereinigung e.V.
8	Creditor identifier	DE56ZZZ00000388125
9	Street name and number	P.O. Box 30 43
10	Postal code and City	D-40650 Meerbusch
11	Country	Germany
12	Type of payment: Recurrent payment or One-off payment	Recurrent payment
13	Amount	_____ EUR
14	City or town in which you are signing and date	
Signature(s) - Please sign here		
Note: Your rights regarding the above mandate are explained in a statement that you can obtain from your bank.		