



Bundesverband
Gesundheit e.V.

Beitrittserklärung

JA, ich möchte Fördermitglied im Bundesverband Gesundheit e.V. werden. Ich erkläre hiermit meinen Beitritt. Die jeweils gültige Satzung erkenne ich an.

Name

Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Geburtsdatum

E-Mail

Telefon (geschäftlich und/oder privat)

Datum, Unterschrift



Bundesverband
Gesundheit e.V.

Einzugsermächtigung / SEPA-Basislastschriftmandat

Ich möchte bequem und bargeldlos den monatlichen Mitgliedbeitrag gemäß aktueller Beitragsordnung bezahlen und ermächtige den Bundesverband Gesundheit e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Bundesverband Gesundheit e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann für die SEPA-Basislastschrift innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belastenden Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

Kontoinhaber/in (Name, Vorname)

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Kreditinstitut (Name der Bank)

BIC

IBAN

Die erste Abbuchung erfolgt zum 15. des nächsten Monats. Danach gelten die u.a. Abbuchungstermine. Der bis zum nächsten Abbuchungstermin fällige Betrag wird bei der 1. Abbuchung mit eingezogen. Bitte benachrichtigen Sie uns schriftlich, wenn sich Ihre Bankdaten ändern.

Zahlungsweise (bitte ankreuzen)

- monatlich (zum 15. des Monats)
- vierteljährlich (im Voraus zum 15.01., 15.04., 15.07., 15.10.)
- halbjährlich (im Voraus zum 15.01., 15.07.)
- jährlich (im Voraus zum 15.01., abzüglich 3% Rabatt auf den Jahresbeitrag)

Ort, Datum, Unterschrift

www.bv-gesundheit.org