

Antrag auf Mitgliedschaft

Hiermit stelle ich den Antrag auf Mitgliedschaft im Verein

Norddeutsche Bronchialkarzinom Arbeitsgruppe e. V.
Wöhrendamm 80, 22927 Großhansdorf
1. Vorsitzender: Prof. Dr. med. Martin Reck

Name, Vorname, Titel

Fachbereich/Position

Klinik/Praxis

Telefon/Fax/e-mail

Die Aufnahme als Mitglied geschieht formlos. Auf Anfrage erhalte ich die Vereinssatzung. Die Satzung ist das Regelwerk des Vereins. An diese Regeln werde ich mich halten und sie nach Kräften unterstützen. Der Mitgliedsbeitrag beträgt 20,00 € pro Jahr. Ein SEPA-Lastschriftmandat erteile ich dem Verein gesondert.

Ort / Datum

Unterschrift / Stempel

Anlage:
SEPA-Lastschriftmandat

MANDAT

zum Einzug von Forderungen mittels SEPA-Firmenlastschrift

Einrichtung/Änderung

Widerruf

Hiermit bitte(n) ich (wir) Sie, die für mich/uns bei Ihnen eingehenden Lastschriften zu Lasten meines (unseres) o. g. Kontos **nicht** mehr einzulösen.

Anschrift des kontoführenden Kreditinstitutes

BIC

Name und Anschrift des Kontoinhabers/Zahlungspflichtiger

IBAN Kontoinhaber/Zahlungspflichtiger

Ich ermächtige (Wir ermächtigen)

Firma (Name und Adresse des Zahlungsempfängers)

Norddeutsche Bronchialkarzinom Arbeitsgruppe
e. V,
Wöhrendamm 80, 22927 Großhansdorf

Gläubiger-Identifikationsnummer

DE86ZZZ00001241961

Mandatsreferenz

einmalig

wiederkehrend

Zahlungen von meinem (unseren) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von o.g. Zahlungsempfänger auf mein (unser) Konto gezogene(n) Lastschrift(en) einzulösen. Dieses Mandat ist gültig

betraglich unbegrenzt.

bis zu einem Betrag in Höhe von _____ Euro.

Datum der Mandatserteilung an den Creditor: _____

Hinweis:

Dieses Lastschriftmandat dient nur dem Einzug von Lastschriften, die auf Konten von Unternehmen gezogen sind. Ich bin (Wir sind) nicht berechtigt, nach der erfolgten Einlösung eine Erstattung des belasteten Betrages zu verlangen. Ich bin (Wir sind)

berechtigt, mein (unser) Kreditinstitut bis zum Fälligkeitstag anzuweisen, Lastschriften nicht einzulösen. Ergänzend gelten die Bedingungen für Zahlungen mittels Lastschrift im SEPA-Firmenlastschriftverfahren.

Für den Aufwand der Einrichtung, Änderung oder des Widerrufs des Mandats stellen wir jeweils ein einmaliges Entgelt in Höhe von 8,50 Euro in Rechnung.

Bitte bestätigen Sie die Vormerkung des Einlösungsauftrages zum SEPA-Lastschriftmandat dem Zahlungsempfänger schriftlich.

Ort, Datum

Unterschrift(en) Kontoinhaber

interne Bankvermerke

VNDL/Kontonummer Kontoinhaber (Zahlungspflichtiger)

Datum, Handzeichen HVB Betreuer

Bearbeitungsdatum, Handzeichen Back Office
