Mitgliedsantrag

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

Name, Vorname _____

Straße _____

PLZ, Ort _____

Geburtsdatum _____

Telefon
(freiwillige Angabe) _____

E-Mail _____

Facebook-Name
(falls vorhanden) _____

Beruf
(freiwillige Angabe) _____

Woher kennen Sie NAN e.V.? _____

☐ Ich beantrage die Mitgliedschaft als Privatperson und werde die vereinsinternen Informationen ausschließlich für private Zwecke nutzen. Der Mitgliedsbeitrag beträgt € 18,00/Kalenderjahr bei Lastschrifteinzug bzw. € 20,00 bei Überweisung.

☐ Ich beantrage die Mitgliedschaft aus beruflichen Gründen und werde die vereinsinternen Informationen zur Beratung von Patienten etc. nutzen. Der Mitgliedsbeitrag beträgt € 48,00/Kalenderjahr bei Lastschrifteinzug bzw. € 50,00 bei Überweisung.
Als Fachmitglied erhalte ich ausschließlich Zutritt zum Mitgliederbereich auf www.nussallergie.org mit allen Firmeninformationen.

Bei Neueintritt erfolgt immer die Zahlung des vollen Jahresbeitrages. Der Jahresbeitrag ist bis spätestens zum Letzten des auf den Beitrittsmonat folgenden Monats zu zahlen. Ansonsten ist der Mitgliedsbeitrag jeweils am 15. Januar eines Kalenderjahres fällig.

☐ Ich zahle mittels Lastschrifteinzug. Der Jahresbeitrag beträgt € 18,00 (private Mitgliedschaft) bzw. € 48,00 (Fachmitgliedschaft) und wird für das laufende Jahr sofort und für die folgenden Jahre im Voraus im Januar eingezogen. Bitte SEPA-Lastschriftmandat ausfüllen.

☐ Ich zahle mittels Überweisung. Der Jahresbeitrag beträgt € 20,00 (private Mitgliedschaft) bzw. € 50,00 (Fachmitgliedschaft) und muss für das laufende Jahr sofort und für die folgenden Jahre im Voraus am 15. Januar gezahlt werden.

Datenschutz

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass vorstehende Daten für vereinsinterne Zwecke in einer EDV-gestützten Mitglieder- und Beitragsdatei gespeichert werden.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift (ggf. gesetzliche/r Vertreter/in)

SEPA-Lastschriftmandat

Mandatsreferenz (wird separat mitgeteilt)

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger Nuss/Anaphylaxie Netzwerk (NAN) e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger Nuss/Anaphylaxie Netzwerk (NAN) 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.

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

Name, Vorname Kontoinhaber _____

Straße _____

PLZ, Ort _____

IBAN _

BIC _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift Kontoinhaber/in