

Mitgliedsantrag

(Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen, einscannen und an kampagne@spitzenfrauengesundheit.de senden)

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Verein Spitzenfrauen Gesundheit e.V.

Vorname und Name

Geburtsdatum

Berufliche Tätigkeit

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Stadt

E-Mail-Adresse

Telefonnummer

Der Mitgliedsbeitrag in Höhe von 120,- Euro pro Jahr (Junior-Mitgliedschaft bis zur Vollendung des 29. Lebensjahres 29,- Euro) wird zum 20. des Monats fällig, der auf die Aufnahme in den Verein fällt. Der Beitrag für die Folgejahre ist am 28. Februar jeden Jahres fällig. Ich bin damit einverstanden, dass der Beitrag im Lastschriftverfahren (siehe unten) eingezogen wird. Außerdem willige ich ein, dass der Verein gemäß DSGVO meine Daten im Rahmen der durch die Satzung bestimmten Vereinszwecke speichert und verarbeitet.

Datum und Ort

Unterschrift

Hiermit erteile ich ein SEPA-Lastschriftmandat

IBAN:

BIC:

Vorname und Name des Kontoinhabenden:

Datum und Ort

Unterschrift