

Aufnahmeantrag

Mitglieds Nr. _____

Hiermit beantrage ich

Name, Vorname _____

Straße _____

Wohnort _____

PLZ _____

Geburtsdatum _____

Erwachsen

Minderjährig

Telefon _____

E-Mail _____

die Aufnahme in den i-MED vision e.V.

ab dem _____

Jahresbeitrag € _____

Ort, Datum _____

Unterschrift _____

(bei Minderjährigen Unterschrift eines gesetzlichen Vertreters)

SEPA-Lastschriftmandat

(wiederkehrende Zahlungen)

Gläubiger-Identifikationsnummer: _____

Mandatsreferenz: Jahresbeitrag i-MED vision e.V.

Ich ermächtige den Verein i-MED vision e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich meine Kreditinstitut an, die vom i-MED vision 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.

Kontoinhaber _____

IBAN _____

Anschrift _____

BIC _____

Unterschrift _____

Ort, Datum _____

(bei Minderjährigen Unterschrift eines gesetzlichen Vertreters)

(Bei Minderjährigen ist die Unterschrift des/r Erziehungsberechtigten zwingend erforderlich. Mit der Unterschrift erklärt/en sich der/die Erziehungsberechtigte/n bereit, die Beitragszahlung bis zu Volljährigkeit des Kindes zu übernehmen.) Die Daten werden zur Vereinsverwaltung auf elektronischen Datenträgern während der Mitgliedschaft gespeichert. Zahlungsempfänger: i-MED vision e.V. Heinestr.16, 14482 Potsdam