



## Mitgliedsantrag

Name, Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Straße / Nr.: .....

PLZ, Ort: .....

Festnetz: .....

Handy: .....

e-mail: .....

Bemerkungen:

G]Y' \_" bbYb' nk ]gWYb' nk Y]': cfa Yb' XYf' A ]h[ ' ]YXgWUZh' k } \ `Yb (bitte ankreuzen):

..... 5\_h]j Y' A ]h[ ' ]YXgWUZh

Hierunter verstehen wir Mitglieder, die in unserem gemeinnützigen Verein in irgendeiner Form mitarbeiten möchten.

D]gg]j Y' A ]h[ ' ]YXgWUZh

Hierunter verstehen wir die Mitglieder, die unseren gemeinnützigen Verein mit ihrem Mitgliedsbeitrag unterstützen (und für ihn werben) wollen.

Ich / Wir sind Betroffene

JA

NEIN

I bgYfY' Jahresbeitr} [Y:

Zahlungstermin, jährlich zum 01.01.

Mindestbeitrag für eine Person 12 € .....

Mindestbeitrag für eine Familie 20 € .....

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift



**Eltern medizingeschädigter Kinder e.V.**  
Würzburger Str. 43, 63619 Bad Orb



Gläubiger-Identifikationsnummer: 89- \$NNN\$\$\$\$%+- &&\* +

**SEPA-Lastschriftmandat**

Mandatsreferenz: (wird vom Verein vergeben)

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger **Eltern medizingeschädigter Kinder e.V.** Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger **Eltern medizingeschädigter Kinder 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: .....

Name Kreditinstitut: .....

..... ,  
Ort Datum

.....  
Unterschrift Kontoinhaber

