

Beitrittserklärung

pulmonale hypertonie (ph) e.v.

Gemeinnütziger Selbsthilfeverein

		Partner/in	Bundesgeschäftsstelle Hans-Dieter Kulla Rheinaustr. 94 D-76287 Rheinstetten Tel.: 0 72 42-9 53 41 41 Fax: 0 72 42-9 53 41 42
Nachname			
Vorname			Bankverbindung Spar- und Kreditbank Rheinstetten eG BLZ 660 614 07 Konto Nr. 8 024 596 International BIC: GENODE61RH2 IBAN: DE09 6606 1407 0008 0245 96
Wer ist Patient?			
Straße			
PLZ, Wohnort			
Bundesland			
Geburtsdatum			
Telefon			
Mobil		Fax	
E-mail			
Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?			
Datum	Unterschrift, ggf. gesetzlicher Vertreter	Unterschrift, ggf. gesetzlicher Vertreter	

Mitgliedsbeitrag: jährlich	Einzelperson EUR 30,00	Partnerbeitrag EUR 50,00
Bitte entsprechendes Feld ankreuzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ich bin damit einverstanden, dass meine Adresse und Telefonnummer, zur Vermittlung von Kommunikation, an andere Patienten und Angehörige weiter gegeben wird (bitte ankreuzen).		

Bezahlung des Mitgliedsbeitrages

Bitte auf der Rückseite das SEPA-Lastschriftmandat ausfüllen.

Das Formular ist im Rahmen der Einführung von SEPA (Single Euro Payments Area) erforderlich. Der Zahlungsverkehr in Europa wird damit einheitlich und einfach.

Wird vom Verein ausgefüllt	
Eingangsdatum: _____	Mitglieds-Nummer: _____
Beitrittsbestätigung _____	

Nach dem Bundesdatenschutzgesetz sind wir verpflichtet, die Mitglieder davon zu unterrichten, dass die uns übermittelten personenbezogenen Daten ausschließlich zur Aufgabenerfüllung im Rahmen der Satzung gespeichert und verarbeitet werden.

pulmonale hypertonie e.v., Rheinaustr. 94, 76287 Rheinstetten

Gläubiger-Identifikationsnummer DE83ZZZ00000172493

Mandatsreferenz-Nummer:

(Als Mandatsreferenz verwenden wir Ihre Mitglieds-Nummer. Diese wird Ihnen nach Eingang der Beitrittserklärung mitgeteilt)

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den pulmonale hypertonie e.v., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem pulmonale hypertonie 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.

.....
Vorname und Name des Kontoinhabers

.....
Straße und Haus-Nummer

.....
Postleitzahl und Ort

.....
Name des Kreditinstituts

IBAN: DE __ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___

BIC:

.....
Datum, Ort und Unterschrift