

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft in der
Selbsthilfegruppe Ektodermale Dysplasie e.V.



ab dem (Datum) : _____ Mitgl.nr. _____

Name, Vorname

Geb.datum

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Tel.nr.

Emailadresse

Beruf

ed-Variante

Weitere Familienmitglieder, Geb.datum

ed

Weitere Familienmitglieder, Geb.datum

ed

Weitere Familienmitglieder, Geb.datum

ed

Unterschrift

Ich unterstütze die Arbeit der Selbsthilfegruppe ed

mit dem Jahresbeitrag von € 26.- reduzierter Beitrag (13.-€)

Begründung für Freistellung:

Hinweis: das Mitglied / Zahlungspflichtiger erhält eine Kopie mit der Mandatsreferenz.

SEPA-Lastschriftmandat

Wiederkehrende Zahlungen

Zahlungsempfänger (Gläubiger) :

Selbsthilfegruppe Ektodermale Dysplasie e.V.
Landhausweg 3, D 72631 Aichtal

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI): DE87 ZZZ 00000 387 858

Mandatsreferenz: _____ = Ihre Mitglieds-Nr. u. wird separat mitgeteilt

Ich ermächtige oben genannten Zahlungsempfänger, den jährlichen Mitgliedsbeitrag von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von oben genanntem Zahlungsempfänger auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Der Mitgliedsbeitrag ist jeweils am 01. Februar jährlich fällig. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber: Name, Vorname



Straße, Hausnummer:



PLZ, Ort:

Land

IBAN

BIC*

Kreditinstitut (Bank) :

Ort, Datum

Unterschrift Kontoinhaber:

*Hinweis: die Angabe des BIC kann entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt. (ab 2014)