



PHÖNIX

Gemeinnütziger Verein zur Förderung der Gesundheit von Mutter / Vater und Kind e.V.

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich ab _____ meinen Beitritt als Mitglied bei PHÖNIX – Verein zur Förderung der Gesundheit von Mutter/Vater und Kind e.V. Potsdam

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Durch meine Unterschrift erkenne ich die Satzung des Vereins an.

Mein Jahresbeitrag beträgt: € _____ (Der aktuelle Richtsatz für den Jahresbeitrag beträgt 50,-€)

Ort, Datum

Unterschrift des Mitglieds

Erteilung des SEPA-Lastschriftmandats

Gläubiger-Identifikationsnummer des Vereins: DE50ZZZ00001841487

Ich ermächtige den Verein PHÖNIX – Verein zur Gesundheit von Mutter/Vater und Kind e.V. Potsdam, Zahlungen wiederkehrend von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verein auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Der Mitgliedsbeitrag wird als Jahresbeitrag am 01.02 jeden Jahres fällig, der anteilige Mitgliedsbeitrag des Eintrittsjahres am 15. des auf den Eintritt folgenden Monats.

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.

Kreditinstitut: _____

Kontoinhaber: _____

IBAN: _____ BIC: _____

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers