

Beitrittserklärung AKTX-Pflege e.V.

Arbeitskreis Transplantationspflege

bitte ausgefüllt senden an:

info@transplantationspflege.de oder Postfach 1103, 29694 Walsrode

Name	Vorname
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Straße und Hausnummer	PLZ	Ort
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Arbeitgeber	PLZ	Ort
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Tel. privat	<input type="text"/>	Handy Nr.	<input type="text"/>
-------------	----------------------	-----------	----------------------

e-Mail	<input type="text"/>
<input type="radio"/> Ja, ich möchte über News und Veranstaltungen per Email informiert werden.	<input type="radio"/> Ja, ich möchte aktiv im Verein mitarbeiten (in Arbeitsgruppen oder ähnliches)

Geburtstag	<input type="text"/>	Mitgliedsnummer	<input type="text"/>
		wird vom Verein vergeben als Mandatsreferenz nutzbar	

Unsere Gläubiger-Identifikations-Nr.	DE 16ZZZ00001396287
--------------------------------------	---------------------

Mein Beitritt erfolgt zum

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt in den Verein
und erkenne die gültigen Vereinsstatuten als bindend an.

(wird vom Verein eingetragen)

Vereinsbeitrag

Ich ermächtige **den AKTX-Pflege e.V. jährlich am 01.04.** Zahlungen (30,00€) von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom AKTX Pflege 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.

Kto.-Nr. BLZ

IBAN

BIC

Bank

Ort, Datum

Unterschrift