Beitrittserklärung

Bitte schicke Deine Beitrittserklärung an:
Martin Franz, Auf dem Draun 17, 48149 Münster

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zur Prostata-Selbsthilfegruppe Münster e.V. Die Mitgliedschaft beginnt mit dem Unterschriftsdatum. Der Beitrag beträgt 25,00 € pro Kalenderjahr und wird im Lastschriftverfahren erhoben.

……

Name Vorname

……

Geburtsdatum Beruf

……

Straße / Hausnummer

……

PLZ Ort

……

Telefon Email-Adresse

……

IBAN Bank

Bis vier Wochen vor Ablauf des Kalenderjahres kann die Mitgliedschaft zum Jahresende gekündigt werde, ansonsten verlängert sich die Vereinszugehörigkeit um ein weiteres Jahr.

SEPA-Einzugsermächtigung: Ich ermächtige die Prostata-Selbsthilfegruppe Münster e.V., die jährlichen Beitragszahlungen mittels **SEPA-Lastschriftverfahren** einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Prostata-Selbsthilfegruppe Münster e.V. die auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Die **Mandatsreferenz** wird später mitgeteilt.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

……

Datum Unterschrift