

Antrag auf Mitgliedschaft

Hiermit erkläre ich ab sofort meinen Beitritt zum Verein

ADIPOSITASCHIRURGIE-SELBSTHILFE DEUTSCHLAND e.V.



Als Mitgliedsbeitrag zahle ich jährlich Euro

Dieser Betrag wird bei Eintritt fällig; bei Eintritt nach dem 01.10. erst im Folgejahr innerhalb des ersten Quartals. Der Mindestbeitrag ist auf 15,- Euro je Mitglied im Jahr festgelegt. Dieser wurde bewusst niedrig angesetzt, um auch finanziell Schwächeren die Mitgliedschaft zu ermöglichen. Wir freuen uns, wenn der Beitrag auf freiwilliger Basis etwas aufgestockt wird, da der Verein auf Unkostenbeiträge angewiesen ist. Der Austritt eines Mitgliedes ist nur zum Ende des Geschäftsjahres möglich. Er erfolgt durch schriftliche Erklärung dem Vorstand unter Einhaltung einer Frist von 3 Monaten zum Geschäftsjahresende. Bereits geleistete Mitgliedsbeiträge werden nicht erstattet. Der Mitgliedsbeitrag ist per Bankeinzug oder auch in bar an den Vorstand zu entrichten. Sollten Sie einer Beitragserhebung im Bankeinzugs-Verfahren zustimmen, so bitten wir Sie, die unten stehende Einzugsermächtigung auszufüllen und an den Sitz des Vereins AcSD e.V. zu senden.

Persönliche Angaben (Bitte leserlich in Druckbuchstaben ausfüllen)

Name	<input type="text"/>	Straße	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>	PLZ / Ort	<input type="text"/>
Nationalität	<input type="text"/>	Land	<input type="text"/>
Beruf*	<input type="text"/>	Forumsname	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>	Fax*	<input type="text"/>
Mobil*	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>

* freiwillige Angabe

Einzugsermächtigung

Mit nachfolgender Unterschrift ermächtige ich den Verein Adipositaschirurgie-Selbsthilfe Deutschland e.V., die fälligen Mitglieder-Jahresbeiträge von meinem Girokonto im Bankeinzugsverfahren einzuziehen. Der Mitgliedsbeitrag ist jeweils im 1.Quartal des Jahres fällig. Bei Eintritt nach dem 01.10. erst ab dem Folgejahr.

Kontonummer	<input type="text"/>
Bankleitzahl	<input type="text"/>
Kreditinstitut	<input type="text"/>
Kontoinhaber	<input type="text"/>
Straße	<input type="text"/>
PLZ / Ort	<input type="text"/>
Land	<input type="text"/>

Ich versichere, dass mein Konto zum Zeitpunkt der Abbuchung die erforderliche Deckung aufweist. Sollte eine Lastschrift mangels Deckung nicht eingelöst werden, sind die dadurch entstandenen Gebühren von mir zu tragen.

Datum	<input type="text"/>	Unterschrift des Kontoinhabers	<input type="text"/>
-------	----------------------	--------------------------------	----------------------

Diese Informationen werden in dem vereinseigenen EDV-System gespeichert und sind vor Kenntnisnahme Dritter geschützt.

Ort / Datum	<input type="text"/>	Unterschrift	<input type="text"/>
-------------	----------------------	--------------	----------------------

Adipositaschirurgie Selbsthilfe-Deutschland e.V.
Ute Kanthak (Vorsitzende)
Gutzkowstraße 24
D-60594 Frankfurt
Telefon +49 (69) 57802456

**Bitte ausfüllen, ausdrucken, unterschreiben und
Antrag per Fax senden an: +49 (321) 21275130
ACHTUNG NEUE FAX-NUMMER**

Rückfragen richten Sie bitte an:
mitgliederbetreuung@acsdev.de