



Interessengemeinschaft Niere Schweinfurt/Haßberge e.V.

Interessengemeinschaft für chronisch Nierenkranke

Kreuzstraße 25
97493 Bergtheinfeld

Telefon: 09721-90787
Fax: 09721-933771

info@ig-niere.info
www.ig-niere.info

Bitte zurück an die

Interessengemeinschaft Niere
Schweinfurt/Haßberge e.V.
Kreuzstraße 25
97493 Bergtheinfeld

Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft bei der Interessengemeinschaft Niere
Schweinfurt/Haßberge e.V.

Hauptmitglied

Name: _____ Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Straße: _____ PLZ/Ort: _____
Telefon: _____ Mobil: _____
E-Mail: _____

Ehepartner/Partner:

Name: _____ Vorname: _____
Geburtsdatum: _____

Vordialyse Hämodialyse CAPD-Dialyse Transplantiert Fördermitglied
Grad der Behinderung: _____ %

Ich wünsche das Diatra-Journal und den Nieren-Patienten (im Beitrag enthalten) ja nein

Jahresbeitrag

Einzelmitgliedschaft: 15,00 Euro Familienmitgliedschaft: 21,00 Euro

_____, den _____
(Ort/Datum)

(Unterschrift des Mitglieds)

Datenschutzerklärung

Mir ist bekannt, dass die mich betreffenden Daten in dem Verein erhoben, gespeichert und verarbeitet werden, soweit sie für das Mitgliedschaftsverhältnis, die Betreuung und der Verwaltung der Mitglieder und die Verfolgung der Vereinsziele erforderlich sind.

Die Einwilligung zur Datenspeicherung und Datenverarbeitung kann jederzeit widerrufen werden. Schreiben Sie dazu eine E-Mail an info@ig-niere.info. Ein solcher Widerruf kann den Ausschluss aus dem Verein zur Folge haben.

_____, den _____
(Ort/Datum)

(Unterschrift des Mitglieds)

SEPA-Lastschriftmandat

für wiederkehrende Zahlungen

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE92ZZZ00000045940

Mandatsreferenz: (wird separat mitgeteilt)

Ich/Wir ermächtige(n) die Interessengemeinschaft Niere Schweinfurt/Haßberge e.V. Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von der Interessengemeinschaft Niere Schweinfurt/Haßberge e.V. auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

Kontoinhaber / Bankverbindung:

Name: _____ Vorname: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Bankname: _____

Der Beitrag wird jährlich von o.g. Konto abgebucht.

_____, den _____
(Ort/Datum)

(Unterschrift des Kontoinhabers)