

Antrag auf Mitgliedschaft im Selbsthilfe Ichthyose e.V.



Ich möchte / Wir möchten als

- Ordentliche(s) Mitglied(er)
Jahresbeitrag _____ € (Mindestbeitrag 45 €/Jahr)
- Fördermitglied
Jahresbeitrag _____ € (Mindestbeitrag 45 €/Jahr)

dem Selbsthilfe Ichthyose e.V. beitreten.

Bitte das Formular für das SEPA-Lastschriftmandat auf der Rückseite beachten.

Der Mitgliedsbeitrag wird für das laufende Kalenderjahr mit Abgabe des Antrags in voller Höhe fällig.

Beitragsreduzierung bzw. -freistellung für Mitglieder in Ausbildung, im Rentenalter bzw. für Mitglieder, die auf staatliche finanzielle Unterstützung angewiesen sind, ist möglich.

Ich beantrage eine Beitragsreduzierung/-freistellung, da ich _____ bin.

(Bitte unbedingt entsprechenden Nachweis beifügen).

Daten des Antragsstellers (nur volljährige Personen):

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Nr.

PLZ Ort

Bundesland

Telefon priv.

Mobil

Email

Zusätzliche Angaben zum Betroffenen bzw. weiteren Familienmitgliedern

Name, Vorname

Geburtsdatum

Ichthyoseform

Ich bin / Wir sind damit einverstanden, dass o. g. Kontaktdaten an andere betroffene Mitglieder weitergegeben werden können: Ja Nein Nur nach Rücksprache

Hiermit willige ich in die elektronische Datenverarbeitung der personenbezogenen Daten ein.

Ort, Datum

Unterschrift

Selbsthilfe Ichthyose e.V.

Bundesgeschäftsstelle
Kirstin Kiebusch
Straße der Einheit 5d
15749 Mittenwalde
Tel. 033764 / 20 457
Fax 033764 / 20 459
selbsthilfe@ichthyose.de

1. Vorsitzender

Stefan Hoffmann, Steinhagen

2. Vorsitzende

Kristina Billaudelle, Welschneudorf

3. Vorsitzende

Anna Maria Schmitt, Limburg Ahlbach

Sparkasse Leipzig

IBAN DE48 8605 5592 1100 1118 47
BIC WELADE8LXXX

www.ichthyose.de

Amtsgericht Stuttgart VR 5889

SEPA –Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger:

Selbsthilfe Ichthyose e.V.
Bundesgeschäftsstelle, Straße der Einheit 5d, 15749 Mittenwalde

Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE44ZZZ00000485923**

Mandatsreferenz: wird separat mitgeteilt

Ich (wir) ermächtigen den Selbsthilfe Ichthyose e.V. den Mitgliedsbeitrag bei Fälligkeit per Lastschrift von meinem (unserem) Konto einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Selbsthilfe Ichthyose e.V. auf mein (unser) Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

Vor- und Nachname Kontoinhaber: _____

Straße und Hausnummer: _____

Postleitzahl und Ort: _____

Bankverbindung

IBAN: _____

BIC: _____

Datum, Ort: _____

Unterschrift(en): _____

Selbsthilfe Ichthyose e.V.
Bundesgeschäftsstelle
Kirstin Kiekbusch
Straße der Einheit 5d
15749 Mittenwalde
Tel. 033764 / 20 457
Fax 033764 / 20 459
selbsthilfe@ichthyose.de

1. Vorsitzender
Stefan Hoffmann, Steinhagen

2. Vorsitzende
Kristina Billaudelle, Welschneudorf

3. Vorsitzende
Anna Maria Schmitt, Limburg Ahlbach

Sparkasse Leipzig
IBAN DE48 8605 5592 1100 1118 47
BIC WELADE8LXXX

www.ichthyose.de
Amtsgericht Stuttgart VR 5889