

Mitgliedsantrag

(Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen, einscannen und an kampagne@spitzenfrauengesundheit.de senden)

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Verein Spitzenfrauen Gesundheit e.V.

Vorname und Name _____

Geburtsdatum _____

Berufliche Tätigkeit _____

Straße und Hausnummer _____

Postleitzahl und Stadt _____

E-Mail Adresse _____

Telefonnummer _____

Ich bin damit einverstanden, dass der Mitgliedsbeitrag in Höhe von 120,- Euro pro Jahr (Junior-Mitgliedschaft bis zur Vollendung des 29. Lebensjahres 29.- Euro) spätestens zum 30.11. fällig und per Lastschriftverfahren (siehe unten) eingezogen wird. Außerdem willige ich ein, dass der Verein gemäß DSGVO meine Daten im Rahmen der durch die Satzung bestimmten Vereinszwecke speichert und verarbeitet.

Datum und Ort

Unterschrift

Hiermit erteile ich ein SEPA-Lastschriftmandat

IBAN: _____

BIC: _____

Name und Vorname des Kontoinhabers: _____

Datum und Ort

Unterschrift