

### Mitgliedserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Verein  
„Initiative für Ausbildung in Anthroposophischer Medizin e.V.“

Name	
Vorname	
Straße/Hausnummer	
PLZ/Ort	
Geburtsdatum	
Emailadresse	
Telefonnummer	

\_\_\_\_\_  
Datum / Ort / Unterschrift

### Mitgliedsbeitrag

Bitte ankreuzen:

- Ich möchte, dass der Jahresbeitrag von 50,- EUR jährlich von meinem Konto abgebucht wird.
- Ich möchte, dass ein Betrag von \_\_\_\_ EUR (bitte Beitragshöhe selbst eintragen) jährlich von meinem Konto abgebucht wird.

**Bitte umseitiges Sepa-Lastschriftmandat ausfüllen.**

### Initiative für Ausbildung in Anthroposophischer Medizin e.V.

Friedrich-Naumann-Weg 2, 89522 Heidenheim  
Gläubiger-Identifikationsnummer DE87ZZZ00001436428  
Mandatsreferenz: Vorname und Name des Vereinsmitglieds

### SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die Initiative für Ausbildung in Anthroposophischer Medizin e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Initiative für Ausbildung in Anthroposophischer Medizin e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

\_\_\_\_\_  
Vorname und Name (Kontoinhaber)

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl und Ort

\_\_\_\_\_  
Kreditinstitut (Name und BIC)

\_\_\_\_\_  
IBAN

\_\_\_\_\_  
Datum / Ort / Unterschrift (Kontoinhaber)

**Vielen Dank!**