

Kooperatives Rheumazentrum Münsterland e.V.
Aufnahmeantrag für die Mitgliedschaft / Einzugsermächtigung

Name, Vorname:

Beruf, ggf. Gebietsbezeichnung:

private Anschrift, Telefon:

berufliche Anschrift, Telefon:

E-Mail-Adresse:

Einzugsermächtigung – SEPA Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer DE40ZZZ00000986515

Mandatsreferenz

Ich ermächtige das Kooperative Rheumazentrum Münsterland e.V. den Vereinsbeitrag über 20€ von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen (erstmalig/jährlich zum 01.12.). Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Kooperativen Rheumazentrum Münsterland e.V. gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belastenden Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kreditinstitut

BIC

IBAN

.....
Ort,

Datum

.....
Unterschrift

Mit der **Veröffentlichung** meines Namens in einer Mitgliederliste des Rheumazentrums Münsterland e.V. zum Versand an die anderen Mitglieder des Rheumazentrums sowie der Veröffentlichung auf der Homepage des Kooperativen Rheumazentrums Münsterland e. V. bin ich einverstanden:

ja

nein

Kooperatives Rheumazentrum Münsterland e.V.

Albert-Schweitzer-Campus 1 / Gebäude A1
48149 Münster

E-mail: RheumazentrumML@ukmuenster.de

www.rheumazentrum-muensterland.de

Telefon: 02 51 / 83 5 2428

Fax: 02 51 / 83 5 6429