

## Aufnahmeantrag

Mitglieds Nr. \_\_\_\_\_

Hiermit beantrage ich

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

Wohnort \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Erwachsen

Minderjährig

Telefon \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

die Aufnahme in den i-MED vision e.V.

ab dem \_\_\_\_\_

Jahresbeitrag € \_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

( bei Minderjährigen Unterschrift eines gesetzlichen Vertreters )

## SEPA-Lastschriftmandat

( wiederkehrende Zahlungen )

Gläubiger-Identifikationsnummer: \_\_\_\_\_

Mandatsreferenz: Jahresbeitrag i-MED vision e.V.

Ich ermächtige den Verein i-MED vision e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich meine Kreditinstitut an, die vom i-MED vision 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.

Kontoinhaber \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

BIC \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_

( bei Minderjährigen Unterschrift eines gesetzlichen Vertreters )

(Bei Minderjährigen ist die Unterschrift des/r Erziehungsberechtigten zwingend erforderlich. Mit der Unterschrift erklärt/en sich der/die Erziehungsberechtigte/n bereit, die Beitragszahlung bis zu Volljährigkeit des Kindes zu übernehmen.). Die Daten werden zur Vereinsverwaltung auf elektronischen Datenträgern während der Mitgliedschaft gespeichert. Zahlungsempfänger: i-MED vision e.V. Heinestr.16, 14482 Potsdam