

Beitrittserklärung

Name, Vorname:

geb.:

Straße, Nr.:

PLZ, Ort:

Tel. / Fax:

eMail:

Ich erkläre hiermit meinen Beitritt zum

Verein für Förderer und ehemalige Studierende
der KFH-NW/Fachbereich Gesundheitswesen e.V.

Der Mitgliedsbereich beträgt zur Zeit für

- ordentliche Mitglieder mindestens 40,00 € / Jahr
- Fördermitglieder mindestens 80,00 € / Jahr

Ich zahle einen Beitrag von € / Jahr.

Hierüber erteile ich dem oben genannten Verein eine

Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch Lastschrift

Hiermit ermächtige ich den o.g. Verein jederzeit widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen des o.g. Jahresbeitrages bei Fälligkeit zu Lasten meines Girokontos bei

Name des Instituts:

Kontonummer:

Bankleitzahl:

Name des Kontoinhabers:

Durch Lastschrift einzuziehen.

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens der o.g. kontoführenden Stelle keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden nicht vorgenommen.

Ort / Datum

Unterschrift des Mitglieds und Kontoinhabers