



BEITRITTSERKLÄRUNG

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Verein „Neurovaskuläres Netzwerk Ruhr e.V.“

Mitgliedsdaten:

Titel:

Vorname:

Name:

Geburtsdatum: / /

Wohnadresse:

Straße und Hausnr.:

PLZ und Wohnort.:

Telefon:

e-mail:

Dienstadresse:

Klinik/Institut:

Str./Nr.:

PLZ / Ort.:

Position:

.....
Datum

.....
Unterschrift

Jährliche Mitgliedsbeiträge: 50,-- Euro

Der Mitgliedsbeitrag ist zum Beitrittsdatum sowie jedes Jahr zum 15. Januar fällig.

Bankverbindung des Vereins:

Bitte überweisen Sie den Mitgliedsbeitrag auf folgendes Konto:

Kontoinhaber: Neurovaskuläres Netzwerk Ruhr e.V.

Verwendungszweck: Mitgliedsbeitrag NVNR

IBAN: DE35 4305 0001 0030 4127 46

SEPA-Lastschriftmandat (wiederkehrende Zahlungen):

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE02ZZZ00002237917

Mandatsreferenz:

Hiermit ermächtige ich den Verein „Neurovaskuläres Netzwerk Ruhr e.V.“, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verein „Neurovaskuläres Netzwerk Ruhr 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.

Kreditinstitut:

Kontoinhaber:

IBAN:

BIC:

Die Daten werden von der Vereinsverwaltung auf elektronischen Datenträgern während der Mitgliedschaft gespeichert, mit dieser Maßnahme bin ich einverstanden.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift