

AUFNAHMEANTRAG



Ich bitte hiermit um Aufnahme in den Verein
Alopecia Areata Deutschland e. V. als ordentliches Mitglied

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Strasse, Haus-Nr.: _____
PLZ, Ort: _____
Email: _____

Ich verpflichte mich, die Ziele des Vereins zu unterstützen, die Satzung zu beachten sowie meinen Pflichten als Mitglied des Vereins nachzukommen.
Ich zahle jeweils in der ersten April-Woche per SEPA-Lastschriftmandat einen kalenderjährlichen Mitgliedsbeitrag in Höhe von:

_____ € (**Mindestbeitrag** 60 Euro)

Schüler und Studenten zahlen mit jährlicher Bescheinigung 30 Euro

_____, den _____

(Unterschrift)

Einzugsermächtigung

Der AAD ist bis auf Widerruf berechtigt, ab sofort meinen fälligen Mitgliedsbeitrag per Lastschrift von folgendem Konto einzuziehen:

Name des Kontoinhabers: _____
Name der Bank: _____
IBAN: _____
BIC: _____

(Unterschrift Kontoinhaber)

AUFNAHMEANTRAG



Ich bitte hiermit um Aufnahme in den Verein
Alopecia Areata Deutschland e. V. als ordentliches Mitglied

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Strasse, Haus-Nr.: _____
PLZ, Ort: _____
Email: _____

Ich verpflichte mich, die Ziele des Vereins zu unterstützen, die Satzung zu beachten sowie meinen Pflichten als Mitglied des Vereins nachzukommen.
Ich zahle jeweils in der ersten April-Woche per SEPA-Lastschriftmandat einen kalenderjährlichen Mitgliedsbeitrag in Höhe von:

_____ € (**Mindestbeitrag** 60 Euro)

Schüler und Studenten zahlen mit jährlicher Bescheinigung 30 Euro

_____, den _____

(Unterschrift)

Einzugsermächtigung

Der AAD ist bis auf Widerruf berechtigt, ab sofort meinen fälligen Mitgliedsbeitrag per Lastschrift von folgendem Konto einzuziehen:

Name des Kontoinhabers: _____
Name der Bank: _____
IBAN: _____
BIC: _____

(Unterschrift Kontoinhaber)