

Aufnahmeantrag

Ich beantrage hiermit die Aufnahme in den Verein „Gesundheitsregion Saar e.V.“

Name:	Vorname:
PLZ, Wohnort:	Straße, Nr.:
Tel.:	Fax:
Geburtsdatum:	E-Mail:

Optional:

Institution/Verband/Unternehmen:	
Geschäftsadresse:	
Tel.:	Fax:
Funktion:	E-Mail:

Ort, Datum:	Unterschrift
Eintrittsdatum:	
Der Mitgliedsbeitrag beträgt pro Kalenderjahr zurzeit EUR 120,- für Einzelpersonen, EUR 500,- für gemeinnützige Vereine/Institutionen/Hochschulen und EUR 2.000,- für Unternehmen und sonstige juristische Personen und ist umgehend nach der Aufnahme in den Verein zu zahlen und sodann fortlaufend jeweils zum 15. Januar eines jeden Kalenderjahres. Die Zahlungen erfolgen ausschließlich mittels Lastschrift.	

Einzugsermächtigung: Hiermit ermächtige ich den Verein „Gesundheitsregion Saar e.V.“ meinen Jahresbeitrag in Höhe von EUR _____ ab dem 01.01. eines jeden Jahres von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Diese Einzugsermächtigung kann ich jederzeit widerrufen.

Konto-Nr.:	BLZ:
Kreditinstitut:	Kontoinhaber:

Weist mein Konto die erforderliche Deckung nicht auf, besteht seitens des kontoführenden Instituts keine Verpflichtung zur Einlösung. Unberechtigt eingezogene Beträge kann ich bis 6 Wochen nach der Abbuchung stornieren lassen.

Ort, Datum:	Unterschrift Kontoinhaber:
-------------	----------------------------