

An das
Crohn – Colitis – Netz Mecklenburg/ Vorpommern e.V.
St. Petersburger Str. 18c
18107 Rostock

Antrag

Ich beantrage meine Mitgliedschaft im

Crohn – Colitis – Netz Mecklenburg/ Vorpommern e.V.

Name:Vorname: geb. am:

Akad. Grad:Arzt (Facharzt) für

Niederlassung/Angestellter/Sonstiges:.....

Dienststellung:Dienst-Adresse:.....

.....

Dienst: Tel.Telefax: Email:.....

Privatadresse:

Privat: Tel.Telefax: Email:.....

Datum / Unterschrift

Einzugsermächtigung zum Einzug von Forderungen durch Lastschriften:

Name und Anschrift des Kontoinhabers:

.....

Hiermit ermächtige ich das Crohn – Colitis – Netz e.V. widerruflich, die von mir zu entrichtenden jährlichen Mitgliedsbeiträge bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos mit der

IBAN: BIC:.....

Bezeichnung des kontoführenden Kreditinstitutes)

.....

durch Lastschrift einzuziehen.

Diese Einzugsermächtigung kann jederzeit und fristlos ohne Angabe von Gründen bei meiner Bank widerrufen werden. Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden nicht vorgenommen.

Ort/ Datum

Unterschrift