



Aufnahmeantrag Defibrillator (ICD) Deutschland e.V.

(Schicken Sie bitte das Formular per Email oder Post uns zu)

<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Name der Selbsthilfegruppe / Klinik / Reha-Zentrum / Praxis

Ihr Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Geburtsdatum

Telefonnummer

Email

Erteilung des SEPA-Lastschriftmandats

Gläubiger-Identifikationsnummer des Vereins: DE44 BV10 0000 2740 75

Mandatsreferenz: Wird nach Eingang des Aufnahmeantrags mitgeteilt (Mitglieds-Nr.).

Ich ermächtige den Bundesverband **Defibrillator (ICD) Deutschland e. V.**, Zahlungen wiederkehrend von meinem Konto mittels Lastschrift, bis auf Widerruf, einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verein auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Kontoinhaber

IBAN

BIC

Ich bin damit einverstanden, dass der Bundesverband **Defibrillator (ICD) Deutschland e. V.**, vertreten durch **1. Vorsitzenden Matthias Kollmar, o. a. Daten seiner Mitglieder elektronisch im Vereinsverwaltung-Programm S-Verein erhebt und verarbeitet.**
Ich erteile meine Einwilligung freiwillig und kann sie bei Austritt jederzeit widerrufen.

Der Jahresbeitrag beträgt: (Beginn mit dem laufenden Kalenderjahr)

18,00 € für natürliche Personen jährlich

50,00 € für Selbsthilfegruppen oder Fördermitglieder jährlich

200,00 € für Klinik / Reha-Zentrum / Praxis