

Aufnahmeantrag Defibrillator (ICD) Deutschland e.V.



☐		☐	
☐		☐	

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