

Antrag auf Mitgliedschaft



Hiermit beantrage ich für mich die Mitgliedschaft im Zomba Hospital Projekt e.V.

Bankverbindung
Kto: 80250
BLZ: 83053030
IBAN: DE86830530300000080250
BIC: HELADEF1JEN
Institut: Sparkasse Jena

Titel _____

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Beruf _____

Anschrift _____

Telefon _____

E-Mail _____

Mit der Angabe der e-Mail-Adresse erkläre ich mich einverstanden, Informationen, den Newsletter und Einladungen zu Mitgliederversammlungen und sonstigen Veranstaltungen auf diesem Wege zugestellt zu bekommen. Änderungen der Mailadresse teile ich dem Verein mit.

Besondere Interessen/Vorstellungen für den/im Verein:

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung des Vereins an. Weiterhin bin ich einverstanden, dass der Verein die von mir gemachten Angaben im Rahmen der Mitgliederverwaltung speichert und sie ausschließlich für vereinsinterne Zwecke verwendet.

Der Jahresbeitrag beträgt 40 EURO, für Ermäßigungsberechtigte 15 EURO.

Ich zahle per

Überweisung

Bankeinzug

Bei Zahlung per Bankeinzug senden Sie uns bitte das ausgefüllte Lastschriftmandat zu.

Ort, Datum

Unterschrift

Erteilung eines Mandats zum Einzug von
SEPA-Basis-Lastschriften



Zahlungsempfänger: Zomba Hospital Projekt e.V.
Klinikum der FSU Jena
Erlanger Allee 101, 07740 Jena

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE93ZHP00000801261

Mandatsreferenz:
(wird vom Zahlungsempfänger ausgefüllt)

Ich ermächtige Zomba Hospital Projekt e.V., Zahlungen vom unten genannten Konto mittels Lastschrift einzuziehen.
Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von Zomba Hospital Projekt e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungsart: wiederkehrende Zahlung 40 EURO / ermäßigungsberechtigt 15 EURO pro Jahr

Name des Zahlungspflichtigen: _____

Adresse: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

IBAN :

BIC:*

* Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn die IBAN des Zahlungspflichtigen mit DE beginnt.

Ort, Datum

Unterschrift des Zahlungspflichtigen