

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meine Absicht, dem Verein "ACR: Centrum für sexuelle Gesundheit e.V. Rostock" als ordentliches Mitglied / Fördermitglied* beizutreten. Die Satzung erkenne ich an.

Persönliche Angaben

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Telefon:

Mobiltelefon:

E-Mail-Adresse:

Die Post des Vereines ist an mich offen bzw. diskret* zu versenden.

Mitgliedsbeitrag

Meinen Beitrag zahle ich laut Satzung
als ordentliches Mitglied

_____ Euro

- monatlich*
 ¼-jährlich
 ½-jährlich
 jährlich

als Fördermitglied

_____ Euro

- ½-jährlich oder
 jährlich

- per Überweisung auf das Konto des Centruns für sexuelle Gesundheit Rostock,
 bar in der Geschäftsstelle oder
 per Lastschriftverfahren (SEPA-Lastschriftmandat auf Seite 2).

Laut Beschluss der Mitgliederversammlung vom 24.11.2015 beträgt der Beitrag monatlich mindestens 2,50 Euro bzw. ermäßigt 1,50 Euro (30,- bzw. 18,- Euro jährlich). Der Beitrag für Fördermitglieder beträgt mindestens 100,- Euro jährlich.

Bankverbindung:

Deutsche Apotheker- und Ärztebank e.G. Rostock
IBAN DE31 3006 0601 0105 3699 24

Ort, Datum

Unterschrift

* Zutreffendes bitte ankreuzen!

SEPA-Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger	
Centrum für Sexuelle Gesundheit Rostock Doberaner Straße 7 18057 Rostock	Gläubiger-Identifikationsnummer: DE37ZZZ00001841527 Mandatsreferenz: MBCSGNEU Datum: 01.12.2015

Ermächtigung
<p>Ich ermächtige das Centrum für Sexuelle Gesundheit Rostock Zahlungen von meinem Konto in folgendem Rhythmus: <input type="checkbox"/> monatlich, <input type="checkbox"/> ¼-jährlich, <input type="checkbox"/> ½-jährlich bzw. <input type="checkbox"/> jährlich¹; in Höhe von je _____ Euro² (insgesamt _____ Euro³ jährlich), beginnend am⁴ _____ mittels Lastschrift einzuziehen.</p> <p>Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Centrum für Sexuelle Gesundheit Rostock auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.</p>
<p>Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.</p>

Kontoinhaber_in	
Name, Vorname:	
Anschrift:	
Kreditinstitut:	
BIC ⁵ :	
IBAN:	

Ort, Datum	Unterschrift

¹ In welchem Rhythmus soll der Mitgliedsbeitrag eingezogen werden?

² Wie hoch soll die jeweilige Rate sein? (Gilt nicht bei jährlichem Rhythmus.)

³ Wie hoch ist der jährlich einzuziehende Gesamtmitgliedsbeitrag?

⁴ Belastungsdatum: Zu welchem Datum soll der Einzug beginnen. Dieses Datum legt die jeweiligen Daten der folgenden Einzugstermine fest.

⁵ Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt.