

Mitgliedsantrag

Neuro-Reha-Netz München - über Grenzen bewegen! e.V.



Anschrift:

Neuro-Reha-Netz München
c/o Meike Hörnke
Oettingenstraße 4, 80538 München
E-Mail: info@nrnm.de

Hiermit beantrage ich,

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Straße	
PLZ / Wohnort	
Telefon	
Email	

die Aufnahme in den Verein **Neuro-Reha-Netz München**

ab dem: (Datum) Mitglieds-Nr.: (wird von dem Verein ausgefüllt)

Jahresbeiträge (zutreffendes bitte ankreuzen). Sie erhalten eine Zahlungsaufforderung für den anteiligen Beitrag dieses laufenden Kalenderjahres und für die einmalige Aufnahmegebühr (einmalig 10,00 Euro).

<input type="checkbox"/> Patient*innen / Betroffene/ Bezugspersonen	beitragsfrei
<input type="checkbox"/> Natürliche Personen	30,-- €
<input type="checkbox"/> Juristische Personen (=Körperschaft, Verein, GmbH etc.)	100,-- €
<input type="checkbox"/> Unternehmen (ab 10 Mitarbeiter)	100,-- €
<input type="checkbox"/> Fördernde Mitglieder Förderndes Mitglied kann jede natürliche o. juristische Person werden, die den Verein durch einmalige oder regelmäßige Spenden unterstützt, um damit Ziele und Aufgaben des Vereins zu fördern. Förderer erhalten keinen Mitgliedsstatus.	Frei wählbar

Im Fall von Unklarheiten in Bezug auf die Eingruppierung entscheidet der Vorstand über einen individuellen Mitgliederstatus, hinsichtlich der Aufnahme und der Beitragseinstufung.

Der Einzug des Jahres-Beitrags erfolgt zukünftig jeweils zum 01.01. des laufenden Kalenderjahres.

Ort, Datum

Unterschrift

.....

.....

Mitgliedsantrag

Neuro-Reha-Netz München - über Grenzen bewegen! e.V.



Bankverbindung des Vereins

Bitte überweisen Sie den Mitgliedsbeitrag auf folgendes Konto:

Kreditinstitut: GLS Gemeinschaftsbank eG

Kontoinhaber: Neuro-Reha-Netz München

Verwendungszweck: Mitgliedsbeitrag(Name, Vorname)

BIC: GENODEM1GL

IBAN: DE51 4306 0967 1089 1450 00

Ort, Datum

Unterschrift

.....

SEPA- Lastschriftmandat (wiederkehrende Zahlungen)

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE74ZZZ00002373197

Mandatsreferenz:(z.B. „Jahresbeitrag – Name Mitglied)

Ich ermächtige den Verein **Neuro-Reha-Netz München (e.V. VR – Nr. 208881)** Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich unser Kreditinstitut an, die vom Verein **Neuro-Reha-Netz München** auf unser 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 unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kreditinstitut: BLZ: BIC:

Konto-Inhaber*in:

Konto-Nr.: IBAN: D E _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _

Die Daten werden zur Vereinsverwaltung auf elektronischen Datenträgern während der Mitgliedschaft gespeichert.

....., den
(Ort) (Datum) Unterschrift (bei Minderjährigen die Erziehungsberechtigten)

(Bei Minderjährigen ist die Unterschrift des/r Erziehungsberechtigten zwingend erforderlich. Mit der Unterschrift erklärt/en sich der/die Erziehungsberechtigte/n bereit, die Beitragszahlung bis zu Volljährigkeit des Kindes zu übernehmen.)