

Aufnahmeantrag aktive Mitglieder

- Medical BK e.V.-

Angaben zur Person

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Geburtsort	
Anschrift	
Erreichbarkeit	
E-Mail Adresse	

Bankverbindung

Name des Kreditinstitutes	
IBAN	
BIC	

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige Medical BK e.V. den Jahresbeitrag bei Fälligkeit von meinem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von Medical BK e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des geleisteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Mandatsreferenznummer wird Ihnen separat mitgeteilt.

Unterschrift Mitglied	Unterschrift Vorstand

Mit der Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der Angaben und akzeptiere die Speicherung meiner privaten Daten, sowie dessen Verwendung zu dienstlichen Zwecken.

Version	Autor	Freigegeben am	Freigegeben durch
1.0	Alexander Bellmann, QMB	15.09.2020	Vorstand