**SAAT e.V.**

**S**elbsthilfegruppe für **A**nfallkranke und **A**ngehörige **T**rier e.V.
**Postfach 3328**
**54223 Trier**
**Homepage:** www.epilepsie-trier.de
**E-Mail:** info@epilepsie-trier.de

**Epilepsie**
**Es ist 5 vor 12**

**eine Krankheit muss ihr Tabu verlieren**

## Beitrittserklärung

Name: _____
Straße: _____
Wohnort: _____
Geb. Datum: _____
Telefon: _____
E-Mail: _____
Weitere Person(en): _____

Ich möchte der Selbsthilfegruppe Trier e.V. als

Mitglied beitreten ☐ Fördermitglied beitreten ☐

Jahresbeitrag für Mitglieder:
1. Mitglied ab 20,00 €/in Höhe von_____€ 2. Mitglieder ab 30,00 €/ in Höhe von _____
3. Mitglied und mehr Mitglieder ab 35,00 €/in einer Höhe von _____ €
Jahresbeitrag als Fördermitglied: _____ € (mind. der einfache Jahresbeitrag)

_____ _____
Datum und Ort Unterschrift Kontoinhaber

## Sepalastschriftmandat

Hiermit ermächtige ich den Verein SAAT e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Gleichzeitig weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verein SAAT e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschrift einzulösen.
Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

_____
Vorname und Nachname des Kontoinhabers
IBAN

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

BIC

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

Die Daten werden von der Vereinsverwaltung auf elektronischen Datenträgern während der Mitgliedschaft, zur internen Nutzung, gespeichert. Mit dieser Maßnahme bin ich einverstanden

_____ _____
Datum und Ort Unterschrift Kontoinhaber