



**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