



eine Krankheit muss ihr Tabu verlieren

Selbsthilfegruppe für Anfallkranke und Angehörige Trier e.V.

Stefan Conrad

Matthiasstr. 24

54290 Trier

Homepage: www.epilepsie-trier.de

E-Mail: info@epilepsie-trier.de

Beitrittserklärung

Name: _____

Straße:

Wohnort:

Geb. Datum:

Telefon: _____

E-Mail: _____

Ich möchte der Selbsthilfegruppe Trier e.V. als

Mitglied beitreten

Fördermitglied beitreten

7

Jahresbeitrag für Mitglieder: (Personen bis zum 16. Lebensjahr zahlen keinen Beitrag)

Mitgliedbeitrag 20,00 €/Jahr Höhe von € freiwilliger erhöhter Beitrag mind. 25€/Jahr

Jahresbeitrag als Fördermitglied: _____ € (mind. der einfache Jahresbeitrag)

(Fördermitglieder haben kein Stimmrecht)

Datum und Ort

Unterschrift Kontoinhaber

SEPA-Lastschriftmandat

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 Lastschriften 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.

Die Mitgliedschaft wird erst durch die Bestätigung des Vorstandes wirksam.

Vorname und Nachname des Kontoinhabers IBAN

[illegible]

BIC

[illegible]

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