



## Beitrittserklärung

(Bitte entsprechend ankreuzen/ausfüllen)

Ich/wir beantrage(n) die Mitgliedschaft im Forum Gesundheit Würzburg e.V., Postfach 3106, 97041 Würzburg

Beitrag: die im Folgenden genannten Jahresbeiträge sind Richtbeiträge. Höhere Beiträge sind jederzeit möglich, geringere nach Absprache. € 66,- Einzelmitgliedschaft      € 86,- Partnermitgliedschaft

Mein/unsere Jahresbeitrag: \_\_\_\_\_

Ich/wir bezahle(n) jährlich \_\_\_\_\_ halbjährlich \_\_\_\_\_ vierteljährlich \_\_\_\_\_

Ich/wir erteile ein Lastschriftmandat \_\_\_\_\_ Ich/wir zahlen per Dauerauftrag \_\_\_\_\_

Sie erhalten für Ihren Mitgliedsbeitrag eine Zuwendungsbestätigung.

O Gleichzeitig beantrage(n) ich/wir die Mitgliedschaft im Verein „gesundheit aktiv. anthroposophische heilkunst e.V.“  
Gneisenaustr. 42, 10961 Berlin ([www.gesundheit-aktiv.de](http://www.gesundheit-aktiv.de))

**Hinweis:** Der oben genannte Mitgliedsbeitrag erhöht sich **zusätzlich um € 15,-**.

Familienname/Vorname: \_\_\_\_\_

Familienname/Vorname Partner: \_\_\_\_\_

Straße / PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Datum/Unterschrift(en): \_\_\_\_\_

Mitgliedsbeiträge und Spenden für den Verein: IBAN DE13 7905 0000 0000 7155 73 Sparkasse Mainfranken Würzburg

Ich/wir bin/sind einverstanden, dass meine/unsere Daten für Angelegenheiten mit Belang für den Verein gespeichert und verwendet werden. Die Daten werden nicht an Dritte weitergegeben.

Datum/Unterschrift(en): \_\_\_\_\_

Die Mitgliedschaft im Verein ist jederzeit kündbar mit einer Frist von vier Wochen zum Monatsende.

## SEPA-Lastschriftmandat

(bitte ausfüllen, wenn oben „Lastschriftmandat“ angekreuzt)

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers: Forum Gesundheit Würzburg e.V., Postfach 3106, 97041 Würzburg,

Gläubiger-Identifikations-Nr.: DE58ZZZ00000136374

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen): \_\_\_\_\_

Ich/wir ermächtige(n) den Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem/unsere Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger auf mein/unsere Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unsere Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name des/der Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber): \_\_\_\_\_

Straße / PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

IBAN des/der Zahlungspflichtigen: \_\_\_\_\_

Ort, Datum, Unterschriften: \_\_\_\_\_