Beitrittserklärung

Europäische
Künstlergilde für
Medizin und Kultur

Hiermit erkläre ich ab _____ meinen Beitritt als Mitglied in der

Europäischen Künstlergilde für Medizin und Kultur, e.V. Berlin.

Name:	_____	Vorname:	_____
Geb.Datum:	_____	Straße:	_____
PLZ:	_____	Ort:	_____
Telefon:	_____	E-Mail:	_____

Durch meine Unterschrift erkenne ich die Satzung des Vereins an. Der aktuelle Jahresbeitrag beträgt 30,-€, den wir bitten unaufgefordert jährlich auf das Vereinskonto (Europäische Künstlergilde für Medizin und Kultur e.V., IBAN: DE28 3006 0601 0005 8020 00, BIC: DAAEDEDDXXX, Deutsche Apotheker- und Ärztebank) zu überweisen oder das SEPA-Lastschriftmandat zu nutzen.

_____

Ort, Datum Unterschrift des Mitglieds

Erteilung des SEPA-Lastschriftmandats

Ich ermächtige den Verein - Europäische Künstlergilde für Medizin und Kultur e.V. – Sitz in Berlin, Zahlungen wiederkehrend von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verein auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Der Mitgliedsbeitrag wird als Jahresbeitrag am (01.02.) jeden Jahres fällig. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kreditinstitut:		BIC:	
IBAN:			
Kontoinhaber:			

_____

Ort, Datum Unterschrift des Kontoinhabers