

# Verein zur Förderung eines solidarischen und öffentlichen Gesundheitswesens NRW e.V.

## Aufnahmeantrag (Seite 1 von 2)

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in den Verein zur Förderung eines solidarischen und öffentlichen Gesundheitswesens NRW e.V. zum \_\_\_\_\_ (Datum einfügen) und entrichte für das laufende Jahr und folgende einen Mitgliedsbeitrag von

- 10 €  
 ..... € (hier kann jeder beliebig höhere Betrag angegeben werden)

Die Satzung habe ich zur Kenntnis genommen.

Name, Vorname (\*) \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort (\*) \_\_\_\_\_

Straße/Haus-Nr. (\*) \_\_\_\_\_

Email (\*\*) \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Zu diesen Themen / auf diese Weise möchte ich mich gerne in die Arbeit des Vereins einbringen:

---

---

---

**Ich bin mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner hier angegebenen personenbezogenen Daten durch den Verein zur Mitgliederverwaltung im Wege der elektronischen Datenverarbeitung einverstanden.**

**Felder mit (\*) sind Pflichtangaben, ohne die dem Aufnahmeantrag nicht stattgegeben werden kann. (\*\*) Bitte die Emailadresse angeben, wenn vorhanden.**

**Mir ist bekannt, dass die Angabe von Telefonnummer, Beruf, Geburtsdatum und Bankverbindung (Seite 2) freiwillig ist.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

# Verein zur Förderung eines solidarischen und öffentlichen Gesundheitswesens NRW e.V.

## Aufnahmeantrag (Seite 2 von 2)

### SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende Zahlungen

**Gläubiger-Identifikationsnummer:** DE61ZZZ00002343555

**Mandatsreferenz:** wird noch separat mitgeteilt

Ich ermächtige den Verein zur Förderung eines solidarischen und öffentlichen Gesundheitswesens NRW e.V., die jährlich zu zahlenden Mitgliedsbeiträge mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verein zur Förderung eines solidarischen und öffentlichen Gesundheitswesens NRW e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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.

Name, Vorname \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort \_\_\_\_\_

Straße/Haus-Nr. \_\_\_\_\_

Kreditinstitut (Name und BIC) \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_

Datum, Ort und Unterschrift \_\_\_\_\_

**Verein zur Förderung eines solidarischen und öffentlichen Gesundheitswesens NRW e.V.**

**Post:** Postfach 80 11 12, 51011 Köln

**Email:** [info@solidarisches-gesundheitswesen-nrw.de](mailto:info@solidarisches-gesundheitswesen-nrw.de)

**IBAN:** DE88 8306 5408 0004 2414 36

**BIC:** GENO DEF1 SLR (Deutsche Skatbank)