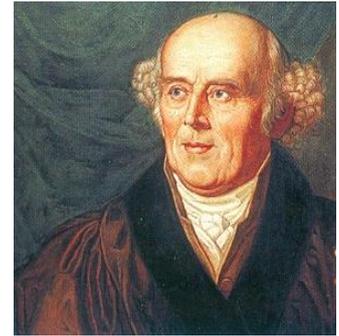


An:  
Erster Norddeutscher Verein für Homöopathie  
und Lebenspflege e.V. Eschede  
Fuchsberg 1  
29348 Scharnhorst/Endeholz

oder: verein@homoeopathie-eschede.de



## Beitrittserklärung

Ich beantrage die Mitgliedschaft im  
„Erster Norddeutscher Verein für Homöopathie und Lebenspflege e.V.“ Eschede

---

Nachname	Vorname	Geburtsdatum
----------	---------	--------------

---

Straße	PLZ	Wohnort	Telefon
--------	-----	---------	---------

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_  
(oder Fax-Nummer)

Mein Ehepartner ist bereits Mitglied  Ja  Nein  
Der Jahresbeitrag beträgt 30 € und für den Partner 15 €.

Die Mitgliedschaft soll gelten ab \_\_\_\_\_  
Gleichzeitig ermächtige ich/wir den oben genannten Verein Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom oben genannten Verein auf mein/unser 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/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

DE \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_  
IBAN BIC

Der Verein hat die folgende Gläubiger-Identifikationsnummer im SEPA-Lastschriftverfahren: **DE48ZZZ00000243351**

Gleichzeitig akzeptiere ich mit meiner Unterschrift die Ausführungen des Vereins zum Datenschutz, die auf der Website [www.homoeopathie-eschede.de](http://www.homoeopathie-eschede.de) veröffentlicht sind.

---

Ort, Datum, Unterschrift