

An:
1. Norddeutscher Verein für Homöopathie
und Lebenspflege e.V. Eschede
Südstraße 7
29348 Eschede

oder: verein@homoeopathie-eschede.de



Beitrittserklärung

Ich beantrage die Mitgliedschaft im
„1. 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 veröffentlicht sind.

Ort, Datum, Unterschrift