Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Verein Ärztlicher Notdienst Köln Nordwest e.V.

Name: Vorname:

Straße:

Ort:

Telefon: E-Mail:

Der monatliche Beitrag beträgt € 15,-

Durch meine Unterschrift erkenne ich die Satzung des Verein Ärztlicher Notdienst Köln Nordwest e.V. als verbindlich an. Die Satzung kann auf der Homepage des Vereins jederzeit eingesehen werden.

Mit der Speicherung, Übermittlung und der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für Vereinszwecke, gemäß den Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes, bin ich einverstanden. Ich habe jederzeit die Möglichkeit, vom Verein Auskunft über diese Daten von mir zu erhalten.

Datum:

Unterschrift:
(bei Minderjährigen durch einen Erziehungsberechtigten)

SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT

Gläubiger-ID des Vereins Ärztlicher Notdienst Köln Nordwest e.V. DE45ZZZ00002337150

Ihre Mandatsreferenz-Nummer: (wird nach dem Vereinsbeitritt mitgeteilt)

Ich ermächtige den Verein Ärztlicher Notdienst Köln Nordwest e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verein Ärztlicher Notdienst Köln Nordwest 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 dem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber:

Bankname:

BIC *:

IBAN *:

Datum und Ort

Unterschrift

Zahlungstermin: Die Mitgliedsbeiträge werden monatlich abgebucht. Fällt der Fälligkeitstag auf ein Wochenende oder einen Feiertag, verschiebt sich die Fälligkeit auf den ersten darauf folgenden Werktag. Bitte sorgen Sie am genannten Tag für ausreichende Kontodeckung.