

# Mitgliedsantrag



Ja, ich möchte Mitglied des Wundnetz Bad Kreuznach e. V. werden.

## Art der Mitgliedschaft (Jahresbeitrag)

Einzelperson 36€

Institution

Bis 10 Pers. 96€

11-49 Pers. 180€

ab 50 Pers. 360€

ab 100 Pers. 480€

## Antragsteller

Name/Firma/Praxis: \_\_\_\_\_

Anrede: \_\_\_\_\_

Titel: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnr: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Branche: \_\_\_\_\_

## Bankverbindung

Name der Bank: \_\_\_\_\_

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

BLZ: \_\_\_\_\_

Kontonummer: \_\_\_\_\_

Mitgliedsbeitrag per Lastschriftzug: ja  nein

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass mir die Satzung, Ordnungen und Beschlüsse des Vereins bekannt sind und ich sie anerkenne.

Des Weiteren bin ich damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten zum Zweck der vereinsinternen Mitgliederverwaltung verwendet werden.

Ich verpflichte mich, Änderungen meiner persönlichen Daten dem Verein umgehend mitzuteilen. Etwaige Gebühren wegen eines Lastschriftrückrufes gehen zu meinen Lasten.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift