

Antrag auf Mitgliedschaft im Verein zur Förderung der Clustermedizin e.V.

Name _____ Vorname _____
Anschrift _____
Geb. am. _____ Beruf _____
Mail _____
Tel.- Nr. _____

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in den Verein als

- ☐ ordentliches Mitglied (Therapeut) Jahresbeitrag 72,- €
☐ Fördermitglied Jahresbeitrag 48,- €.

Bei Eintritt im laufenden Jahr wird ein entsprechend anteiliger Beitrag fällig

(z. Bsp. ab Oktober 2018: 3x 6,- € = 18,- € für Therapeuten und 3x4,- € = 12,- € für Fördermitglieder).
Der Jahresbeitrag ist jeweils bis zum 15. Januar zu überweisen bzw. wird zu diesem Datum per
Lastschrift eingezogen

Ich bin damit einverstanden, dass der Mitgliedsbeitrag von meinem Konto

Kontoinhaber _____

IBAN _____

BIC _____

Bank _____ abgebucht wird.

Die Bankverbindung des Vereins ist

Kontoinhaber Verein zur Förderung der Clustermedizin e.V.

IBAN DE69 7606 9559 0001 6524 19

BIC GENODEF1NEA

Bank VR Bank Metropolregion Nürnberg eG

Ort, Datum

Unterschrift

Auf Grund rechtlicher Vorschriften muss der Antrag mit eigenhändiger Unterschrift per Post oder Fax
bei uns eingereicht werden.