



Mitgliedsantrag ArthroseKompetenzNetzwerk TEPFIT e.V.

Ich möchte im **ArthroseKompetenzNetzwerk TEPFIT e.V.** Mitglied werden.
(Bitte in BLOCKSCHRIFT ausfüllen)

Name: _____ Vorname: _____

Geb-Dat: ____/____/____ Straße+Nr: _____

Land / PLZ: ____ - _____ Ort: _____

E-Mail: _____ Telefon: _____

- Ich zahle den Mindestbeitrag von EUR 12,00 pro Jahr.
- Ich zahle freiwillig EUR _____,00 pro Jahr.

Wie möchten Sie bezahlen?

- Ich zahle per Lastschrift – siehe Erteilung SEPA-Lastschriftmandat

(Sie erleichtern sich und uns sehr die Arbeit, wenn Sie uns ein für Sie völlig risikoloses SEPA-Lastschriftmandat erteilen)

- Ich zahle per Überweisung an das Konto

ArthroseKompetenzNetzwerk TEPFIT e.V.

IBAN: DE31 5105 0015 0173 1040 68

Verwendungszweck: **AKN-JAHRESBEITRAG-JJJJ (JJJJ=Jahr)**

Welche Bedingungen gelten:

Der Mitgliedsbeitrag in Höhe von 12,-- EUR, bzw. Ihr freiwilliger Beitrag, wird für das Jahr der Aufnahme komplett fällig - auch wenn die Aufnahme z.B. erst im Dezember erfolgt.

Die Mitgliedschaft verlängert sich automatisch um ein Jahr und kann mit einer Frist von einem Monat zum Jahresende gekündigt werden.

Datenschutz:

- Ich erkenne die [Satzung](#) des Vereins an und habe die [Datenschutzerklärung](#) zur Kenntnis genommen. Beides ist auf <https://arthrosekompetenznetzwerk.com> abrufbar.

Ort, Datum

Unterschrift des Mitglieds (der/des gesetzl. Vertreter/s)

Erteilung des SEPA-Lastschriftmandats

Gläubiger-Identifikationsnummer des Vereins: **DE09 AKN0 0002 5165 69**

Mandatsreferenz: **AKN-JAHRESBEITRAG-XXXX (XXXX=Beitragsjahr)**

Ich ermächtige den ArthroseKompetenzNetzwerk TEPFIT e.V., Zahlungen wiederkehrend von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verein auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Der Mitgliedsbeitrag wird als Jahresbeitrag am **(01.02.)** jeden Jahres fällig, bzw. der Erstbeitrag bei Annahme des Mitgliedantrags durch den Vorstand.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kreditinstitut: _____ BIC: _____

IBAN: _____

Kto.-Inhaber: _____

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers

Bitte zurück ausgefüllt als Scan mit Unterschriften

Per Mail an: mitgliedschaft@arthrosekompetenznetzwerk.com

Per Fax an: +49 6122 916702

per Post an:

Peter Herrchen
ArthroseKompetenzNetzwerk TEPFIT e.V.
Vorsitzender
Queristr. 2

83700 Rottach-Egern