



Kontaktadresse: Postfach 25 06 ; 88015 Friedrichshafen; Tel.0174/2057496 www.wundnetz-bodensee-oberschwaben.de

Beitrittserklärung:

Firma:.....

Name:.....Vorname:.....

Titel:.....Geb. Datum:.....

Beruf:.....

Straße:.....Wohnort:.....

Telefon:.....Fax:.....

E-Mail:.....

Hiermit trete ich dem Wundnetz Bodensee-Oberschwaben e.V. ab dembei.

- Beitritt als: a) ☐ ordentliches Mitglied Jahresbeitrag 15.-€
b) ☐ Fördermitglied Jahresbeitrag 50.-€ Nutzung des Logos
c) ☐ Fördermitglied Jahresbeitrag 400.-€ Werbung auf Homepage, Nutzung des Logos
d) ☐ Fördermitglied Jahresbeitrag 750.-€ wie c) zusätzlich Stand am jährlichen Wundsymposium

Datum:..... Unterschrift:.....

Einzugsermächtigung/ SEPA-Basis-Lastschriftmandat:

Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE 21 ZZZ 00001398913**

Hiermit ermächtige ich (ermächtigen wir) das Wundnetz Bodensee-Oberschwaben e.V. bis auf Widerruf den Jahresbeitrag von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die vom Wundnetz-Bodensee-Oberschwaben e.V. auf mein (unser) Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Zur Bestätigung Ihrer Mitgliedschaft erhalten Sie eine E-Mail mit Ihrer Mandatsreferenz.

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.

Kontoinhaber:.....

Kreditinstitut:.....

IBAN:.....

BIC:.....

Datum: Unterschrift:.....