



Kontaktadresse: Postfach 25 06 ; 88015 Friedrichshafen [www.wundnetz-bodensee-oberschwaben.de](http://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 dem .....bei.

- Beitritt als: a)  ordentliches Mitglied Jahresbeitrag 30.-€  
 b)  Fördermitglied Jahresbeitrag 50.-€ Nutzung des Logos  
 c)  Fördermitglied Jahresbeitrag 400.-€ wie b) zusätzlich Werbung auf  
 unserer Homepage  
 d)  Fördermitglied Jahresbeitrag 750.-€ wie c) zusätzlich Stand am  
 jährlichen Wundsymposium

Ich bin mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung folgender personenbezogener Daten durch den Verein zur Mitgliederverwaltung im Zuge der elektronischen Datenverarbeitung und der Informationsweitergabe einverstanden. Mir ist bekannt das dem Aufnahmeantrag ohne diese Einverständnis nicht stattgegeben werden kann.

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.



### Beitrittserklärung

Kontoinhaber:.....

Kreditinstitut:.....

IBAN:.....

BIC:.....

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