



Mitgliedschaft

Ich möchte Mitglied werden im Verein

FREUNDE DER UNIVERSITÄTS-AUGENKLINIK FREIBURG e.V.

Name: _____

Vorname: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ und Ort: _____

Telefon (freiwillige Angabe): _____

E-Mail (freiwillige Angabe): _____

Eintrittsdatum: _____

Mitgliedsbeitrag

jährlich Euro

Mindestbeitrag z.Zt. 20,00 Euro

Ich ermächtige (Wir ermächtigen) den oben genannten Zahlungsempfänger, wiederkehrende Zahlungen (jährlicher Betrag) von meinem (unserem) Konto mittels SEPA-Basislastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von oben genanntem Zahlungsempfänger auf mein (unser) Konto gezogene(n) Lastschrift(en) einzulösen.

Hinweis: Ich kann (Wir können) innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem (unserem) Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungspflichtiger (Kontoinhaber) wie oben oder:

Vorname und Name/Firma: _____

Straße und Hausnummer: _____

PLZ und Ort: _____

Kreditinstitut (Name): _____

BIC: _____ | _____

IBAN: DE ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____

Ort, Datum _____

Unterschrift/en _____

(In Ausnahmefällen ist eine Zahlung des Mitgliedsbeitrages als Überweisung möglich.)