



Mitgliedschaft

Ich möchte Mitglied werden im Verein

FREUNDE DER UNIVERSITÄTS-AUGENKLINIK FREIBURG e.V.

ab sofort ab dem

Name: _____

Vorname: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ und Ort: _____

Telefon (freiwillige Angabe): _____

E-Mail (freiwillige Angabe): _____

Mit Überlassen Ihrer **E-Mail-Adresse** helfen Sie uns, dass wir **Ihnen** nach den Vorgaben des Datenschutzes in Zukunft unsere Einladungen, Informationen und Newsletter per E-Mail **zusenden** können. Aus Kostengründen möchten wir möglichst den Postversand vermeiden.

Mitgliedsbeitrag (jährlich)

Mindestbeitrag z.Zt. 20,00 Euro Beitrag in Höhe von Euro

Ich ermächtige (Wir ermächtigen) den oben genannten Zahlungsempfänger (Freunde.....),

wiederkehrende Zahlungen (jährlicher Betrag) einmalige Zahlung (Jahresbeitrag)

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 Belastungs-Datum, 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 _____

(Ausnahmsweise wäre die Zahlung des Mitgliedsbeitrages als Überweisung möglich.)

Stand 24.04.2023