

Mitgliedserklärung

Bitte in Druckschrift ausfüllen

Mitgliedsnummer

Name, Vorname		Geburtsdatum	
Anschrift (PLZ, Ort, Straße)			
Telefon, privat	Fax	E-Mail	
Tätigkeit			
Krankenkasse	Mitglied	Fam. Versichert	Rentner

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zur Borreliose Selbsthilfe e. V. Berlin-Brandenburg als

Betroffener Fördermitglied

Elternteil eines betroffenen Kindes

_____ Name, Geb. Datum des Kindes

Mit dem **Jahresbeitrag von € 40,-** bin ich einverstanden.

Als **Fördermitglied** setze ich meinen Jahresbeitrag (mindestens in Höhe des regulären Jahresbeitrags) selbst fest: €

Eine **Beitragsreduzierung** gewähren wir auf Antrag.

Der Beitrag gilt jeweils für das laufende Kalenderjahr.

Bitte überweisen sie den Jahresbeitrag auf unser Vereinskonto:

Berliner Volksbank - BLZ 100 900 00 - Konto 327 169 3000

Ort, Datum

Unterschrift

Einzugsermächtigung:

Ich bin mit der Abbuchung von meinem Konto einverstanden.

Name des Kontoinhabers: _____

Name der Bank: _____ **Bankleitzahl:** _____

Kontonummer: _____

Datum, Unterschrift: _____

Die Erteilung der Einzugsermächtigung erleichtert uns die Arbeit und erspart Ausgaben.

Eine Kündigung der Mitgliedschaft ist nur zum Jahresende möglich und muß bis zum 30. September schriftlich erfolgen.