

Schulternetzwerk Deutschland e.V.
Beitrittserklärung mit SEPA-Lastschrift-Mandat



Titel Herr/Frau/Dr.	Vorname* (Mitglied)	Name* (Mitglied)
Anschrift (Postadresse Mitglied)		PLZ*, Ort* (Postadresse Mitglied)
Beruf* (PT, Arzt, Masseur (Mitglied))	Spezialisierung* (MT, IFAMT, OMT, SportPT, Facharzt) (Mitglied)	E-mailadresse (Mitglied)

Name Institution* (Praxis oder Einrichtung)	Anschrift* (Institution)	PLZ*, Ort* (Institution)
Telefon* (Institution)	Website* (Institution)	

Geburtstag		Mitgliedsnummer (wird vom Verein ausgefüllt)	
-------------------	--	--	--

Unsere Gläubiger-Identifikations-Nr.	DE06ZZZ00001756143
---	--------------------

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Schulternetzwerk Deutschland e.V. und erkenne die gültige Vereinssatzung als bindend an. Ich bin damit einverstanden, dass die mit* markierten Daten durch den Verein nur für Vereinszwecke verwendet werden.	Mein Beitritt erfolgt zum folgenden Datum	
	Ort, Datum	
	Unterschrift	

Ich bestätige, dass obenstehender Vereinsbeitritt an meinem Beitritt zur European Society for Shoulder and Elbow Rehabilitation (EUSSER) gekoppelt ist und ermächtige hiermit den Verein meine persönlichen Daten nur für Vereinszwecke weiter an EUSSER zu leiten.	Ort, Datum	
	Unterschrift	

Vereinsbeitrag

Ich ermächtige dem Verein Schulternetzwerk Deutschland e.V. jährlich Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Schulternetzwerk Deutschland e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum die Erstattung des belastenden Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

IBAN			
BIC			
Name der Bank			
Ort, Datum		Unterschrift	

Rücksendemöglichkeiten

- per Post an das Sekretariat des Vereins Schulternetzwerk Deutschland e.V., Holländische Straße 198
 34127 Kassel

- als Scan/Foto an beitritt@schulternetzwerk.de