

BEITRITTSERKLÄRUNG

Solidarische Gesundheit Dresden e.V.

Martin-Luther-Str. 13
01099 Dresden

Hiermit beantrage ich die Fördermitgliedschaft im Verein Solidarische Gesundheit Dresden e.V.

Daten des Fördermitglieds:

Vorname:.....

Nachname:.....

Straße und Hausnummer:.....

Postleitzahl und Wohnort:.....

Geburtsdatum:...../...../.....

Telefon Festnetz:.....

Telefon Mobil:.....

E-Mail:.....

Monatliche Beiträge:

Der Mitgliedsbeitrag ist jeden Monat zu folgendem Zeitpunkt fällig: 29. Werktag des Monats

Fördermitgliedsbeitrag : ___ € nach Selbsteinschätzung

Mit der Speicherung, Übermittlung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für Vereinszwecke gemäß der Satzung und den Datenschutzbestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) bin ich einverstanden. Ich habe jederzeit die Möglichkeit, vom Verein Auskunft über diese Daten von mir zu erhalten. Meine Daten werden nach dem Austritt aus dem Verein gelöscht.

Bankverbindung des Vereins Solidarische Gesundheit Dresden e.V.

Bitte überweisen Sie den Mitgliedsbeitrag auf folgendes Konto:

Kreditinstitut: GLS Gemeinschaftsbank eG

Kontoinhaber: Solidarische Gesundheit Dresden e.V.

Verwendungszweck: Beitrag [Zeitraum], [Name des Mitglieds]

IBAN: DE89 4306 0967 1237 0957 00

BIC: GENODEM1GLS

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift