

Absender: _____

_____	Vorname, Name	_____	Geb.- Dat.
_____	Straße	_____	Tel.
_____	PLZ	_____	Wohnort
_____		_____	E-Mail Adresse

An die
 Deutsche Vereinigung Morbus Bechterew (DVMB)
 Landesverband Bayern e.V.
 Selbsthilfegruppe Augsburg
 Josef Messner
 Angerstr. 2

86356 Neusäß

TEILNAHME-ERKLÄRUNG

Ich nehme ab deman folgendem wöchentlichen Funktionstraining der DVMB-Gruppe Augsburg teil:

- Wassergymnastik Die1__ Die2__ Die3__
- Trockengymnastik Do1__ Do2__ Do3__

Eventuelle Beiträge werden vierteljährlich per Lastschrift erhoben. Der aktuelle Beitrag ist in den aktuellen Regelungen festgelegt.

Hinweis: Eine Kündigung der Teilnahme muss schriftlich bis spätestens zwei Wochen vor Ablauf des Quartals erfolgen.

- Ich bin Mitglied im DVMB

_____	_____
Ort, Datum	Unterschrift

Datenschutzrechtlicher Hinweis:

Meine Daten werden in der Mitgliederdatei der DVMB- Augsburg gespeichert. In der Erfassung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten und deren Nutzung willige ich ein, soweit dies zur Förderung des Vereinszwecks und zur Verwaltung und Betreuung der Mitglieder nötig ist.

Ich stimme zu: Ja Nein

Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung jederzeit schriftlich und ohne Angaben von Gründen widerrufen kann.

Das Lastschriftverfahren ist Voraussetzung für die Teilnahme am Funktionstraining.

SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE38B1200000390195

Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt

Ich ermächtige die DVMB Gruppe Augsburg, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der DVMB Gruppe Augsburg auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Die Abbuchung erfolgt vierteljährlich. Diese Erklärung kann jederzeit widerrufen werden!

Vorname und Name (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

_____ (BIC): _____ | _____

Kreditinstitut (Name)

(IBAN): D E __ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____

Der Beitrag soll erstmalig ab _____ von meinem Konto abgebucht werden.

Datum, Ort und Unterschrift