

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
Birgit Mayer
Am Neubruch 43
86199 Augsburg

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.

Ort, Datum Unterschrift

Das Lastschriftverfahren ist Voraussetzung für die Teilnahme am Funktionstraining.

SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE38B120000390195

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

Kreditinstitut (Name) (BIC): _____ | ____

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

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

Datum, Ort und Unterschrift