

MITGLIEDSANTRAG

Ich möchte Mitglied bei PROimmun e.V., dem Verein zur Förderung der Erforschung und Behandlung von Immunerkrankungen, werden.

1. PERSÖNLICHE ANGABEN

Anrede: ☐ Herr ☐ Frau ☐ Divers ☐ Familie

Titel, Vorname, Name: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Geburtsdatum: _____

2. MITGLIEDSBEITRAG

Bitte buchen Sie jährlich folgenden Betrag von meinem Konto ab:

☐ 20 EUR ☐ 50 EUR ☐ 100 EUR ☐ _____ EUR

3. BANKVERBINDUNG (SEPA-LASTSCHRIFT)

Kontoinhaber: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Bank: _____

Gläubiger-ID: DE83ZZZ00001737588

Ich ermächtige PROimmun e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von PROimmun e.V. 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.

4. ZUSTIMMUNG

☐ Ich erkenne die Satzung und Datenschutzerklärung von PROimmun e.V. an.

Kündigungsregelung: Eine Kündigung ist mit einer Frist von drei Monaten zum Jahresende möglich.

Mitgliedsnummer/Mandatsreferenz (wird von PROimmun e.V. vergeben): _____

5. ORT, DATUM UND UNTERSCHRIFT