

Ich/wir beantrage/n die Aufnahme in den Verein „Gesundheit und Medizin in Erlangen e. V.“:

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname / Firma, Institution

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Ansprechpartner bei Firma bzw. Institution

Mein jährlicher Mitgliedsbeitrag beträgt (bitte ankreuzen bzw. einsetzen)

- 10 Euro (Mindestbeitrag für Einzelpersonen)  
 50 Euro (Mindestbeitrag für Firmen, Institutionen)  
 \_\_ Euro (eigene Wahl)

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift

---

### SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE97ZZZ00000641139

Mandatsreferenz-Nr.: *wird vom Verein zugeteilt*

Zahlungsart: wiederkehrende Zahlung

Ich/wir ermächtige/n den Verein „Gesundheit und Medizin in Erlangen e. V.“ meinen/ unseren jährlichen Mitgliedsbeitrag von aktuell \_\_\_\_ Euro bei Fälligkeit von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, diese Lastschriften einzulösen.

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

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname / Firma, Institution (**Kontoinhaber**)

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Kreditinstitut (Name und BIC)

\_\_\_\_\_  
IBAN

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift