



Mitgliedsantrag

Ich beantrage hiermit meine Aufnahme in den DeathCare Embalmingteam Germany e. V. als

- aktives Mitglied (Mitgliedsbeitrag 120,00 €/Jahr)
- förderndes Mitglied (Mitgliedsbeitrag mindestens 120,00 €/Jahr - Freiwillig gerne mehr)

Mitgliedsbeitrag:

	€
--	---

- Bitte in Blockschrift und gut leserlich ausfüllen -

Name	Vorname
Straße / Hausnummer	PLZ / Ort
Geburtsdatum	Email
www.	Sonstiges

- Vermerk für aktive Mitglieder -

Für die notwendige Verwaltung und evtl. Dokumentation sowie für Anträge, Visa u. ä. werden mehrere Informationen bez. Familie, Gesundheitszustand, Reisedokumenten etc. abgefragt. Ein speziell dafür hergestelltes Formular wird zur Verfügung gestellt. Diese abgefragte Informationen werden ausschließlich für die Zwecke des Vereins (Satzung DeathCare Embalmingteam Germany e. V., § 2 Zweck und Aufgaben des Vereins) verwendet und nicht an unberechtigte Personen oder Organisationen weitergegeben.

Ich erkenne die Satzung des Vereins an und bin damit einverstanden, dass meine Daten nur für interne Zwecke elektronisch gespeichert werden.

Ort, Datum	Unterschrift

Ich helfe Kosten sparen und erteile hiermit eine Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats (Seite 2 - Rückseite)

DeathCare Embalmingteam Germany e. V.

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

<i>Zahlungsempfänger</i>	Deathcare Embalmingteam Germany e. V.
<i>Anschrift</i>	Dammstraße 16, 76744 Wörth am Rhein
<i>Gläubiger Id. Nr.</i>	
<i>Referenz</i>	Mitgliedsbeitrag

Einzugsermächtigung:

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger Deathcare Embalmingteam Germany e. V. widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem / unserem Konto einzuziehen.

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige / Wir ermächtigen Deathcare Embalmingteam Germany e. V., Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Deathcare Embalmingteam Germany e. V. auf mein / unser Konto gezogenen 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.

Zahlungsart Jährlich wiederkehrend Einmalige Zahlung

<i>Zahlungspflichtige/r</i>	
<i>Anschrift</i>	
<i>IBAN</i>	
<i>BIC</i>	

Ort, Datum	Unterschrift Zahlungspflichtige/r (Kontoinhaber)