



## Mitgliedsantrag AdipositasHilfe Deutschland e.V.

Ja, möchte Mitglied bei der AdipositasHilfe Deutschland e.V. werden.

Name:

Vorname:

Straße:

PLZ/Ort:

E-Mail:

Geb.-Datum:

Mitgliedsbeitrag / Monat

(Mindestbeitrag 3 €/ Monat)

Ich habe die [Satzung](#) und die [Datenschutzerklärung](#) zur Kenntnis genommen und erkenne diese an

Unterschrift / Datum: \_\_\_\_\_

### **Lastschriftermächtigung**

Hiermit ermächtige ich die AdipositasHilfe Deutschland e.V. - bis auf Widerruf - die fälligen Mitgliedsbeiträge von meinem Konto einzuziehen. Gemäß Beschluss der Mitgliederversammlung werden alle Beiträge halbjährlich per Lastschrift (SEPA) eingezogen. Unsere Gläubiger ID lautet: DE 57ZZZ00000703454

Bankname:

BIC:

IBAN

KtoInhaber:

Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht durchgeführt. Evtl. Kosten für Rücklastschriften ergeben sich aus der Beitragsordnung.

Datum / Unterschrift \_\_\_\_\_

Sie können uns das Formular über folgende Wege zukommen lassen:

Eingescannt per Mail an [mail@adipositas-selbsthilfe.de](mailto:mail@adipositas-selbsthilfe.de), per Fax an 04171 / 136 57 14

oder per Post an AdipositasHilfe Deutschland e.V., Neulander Weg 1, 21423 Winsen (L)