

Aufnahmeantrag

Name, Vorname _____

Straße _____

PLZ, Ort _____

Geb.-Datum _____

Telefon _____

Mobil _____

E-Mail _____

Ich bin

- Nierenkrank
- Dialysepatient
- Transplantiert
- Förderer / Angehöriger

Ich trete der Interessengemeinschaft Niere Rhein-Ahr-Eifel e. V. (IGN) bei

- als Einzelperson (36,00 Euro Jahresbeitrag)
- als Familien-/Partnermitgliedschaft (48,00 Euro Jahresbeitrag)

Name, Vorname Partner _____

Geb.-Datum Partner _____

Ort, Datum _____

Unterschrift _____

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger- Identifikationsnummer DE99ZZZ0567890 1234 Mandatsreferenz 987543CB2

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

Name Bank _____

IBAN _____

BIC _____

Ort, Datum _____

Unterschrift _____

Datenschutzerklärung

Mir ist bekannt, dass die mich/uns betreffenden Daten im IGN e. V. erhoben, gespeichert und verarbeitet werden, soweit sie für das Mitgliedschaftsverhältnis, die Betreuung und der Verwaltung der Mitglieder und die Verfolgung der Vereinsziele erforderlich sind.

Ort, Datum _____

Unterschrift _____