Förderverein
der Akademie für Gesundheit und Soziales

Ich trete dem Förderverein der Akademie für Gesundheit und Soziales gGmbH e.V. als Fördermitglied bei.

Vorname		Nachname	
Straße		Postleitzahl/ Ort	
Geburts-datum		E-Mail	
Telefon		Mobil-nummer	

Die Fördermitgliedschaft beginnt am:

Jährlicher Mitgliedsbeitrag:
5,00 Euro (Auszubildende)
20,00 Euro (Alle weiteren natürlichen Personen)
50,00 Euro (Juristische Personen – Firmen)

Der Jahresbeitrag beträgt _____ **Euro** und wird bis zum **31. März** eines Jahres für das laufende Jahr im Wege des Lastschriftverfahrens SEPA abgebucht.

Datenschutzhinweis:
Vorstehende Daten werden nur im Rahmen der Erforderlichkeit von Abrechnung und Betreuung Ihrer Mitgliedschaft erfasst bzw. gespeichert und verarbeitet.

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift

EINZUNGSERMÄCHTIGUNG

Hiermit ermächtige ich den oben genannten Förderverein widerruflich, den von mir zu entrichtenden Mitgliedsbeitrag bei Fälligkeit, erstmals ab _____ zu Lasten meines Kontos mittels Lastschrift im SEPA-Verfahren einzuziehen.

Name Konto-inhaber		Name der Bank	
IBAN		BIC	

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift