****

Selbsthilfebüro KORN e.V. c/o Universitätsklinikum Ulm Albert-Einstein-Allee 23 89081 Ulm

**Beitrittserklärung**

Hiermit beantrage/n ich/wir die Mitgliedschaft im Verein Selbsthilfebüro KORN e.V.

(Über die Aufnahme entscheidet der Vorstand. Der Austritt ist nur zum Ende eines Kalenderjahres möglich.)

|  |  |
| --- | --- |
| **Selbsthilfegruppe / Einrichtung** |  |
| **Name, Vorname** |  |
| **Straße** |  |
| **PLZ, Ort** |  |
| **Telefon** |  |
| **E-Mail** |  |
| **Jahresbeitrag**  Gesundheitsbezogene Gruppe / öffentlich geförderte Gruppe / Einrichtung 55,00 €  Soziale / nicht öffentlich geförderte Gruppe / Einrichtung 30,00 €  Einzelperson 15,00 € | |

|  |  |
| --- | --- |
| **SEPA-Lastschriftmandat**  Selbsthilfebüro KORN e.V. Gläubiger-Identifikationsnummer: DE14ZZZ00001473147  Mandatsreferenz: wird separat mitgeteilt  Ich/wir ermächtige/n das Selbsthilfebüro KORN e.V., den jährlichen Mitgliedsbeitrag per Lastschrift von meinem/ unserem Konto einzuziehen. Zugleich weise/n ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom Selbsthilfebüro KORN 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 belastenden Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. | |
| **Name, Vorname (Kontoinhaber)** |  |
| **Straße** |  |
| **PLZ, Ort** |  |
| **BIC** | **\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_** |
| **IBAN** | **\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_** |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ort, Datum Unterschrift**