

Dr. Durchblick e.V. Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft in den Verein Dr. Durchblick e.V.

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

E-Mail:

Erzähle uns was von Dir. Warum möchtest Du Mitglied werden?

Ich habe Kenntnis von der Satzung und den Mitgliedsbeiträgen genommen und erkenne diese an.

---

Ort, Datum, Unterschrift

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis, dass der Verein Dr. Durchblick e.V. die fälligen Mitgliedsbeiträge von meinem Konto:

DE \_\_\_\_\_ einzieht.

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung. Diese Ermächtigung ist jederzeit widerruflich.

---

Ort, Datum, Unterschrift

Mir ist bekannt, dass der Verein Dr. Durchblick e.V. meine oben genannten Daten ausschließlich zu Vereinszwecken speichert und Sie nicht an Dritte weitergibt.

Hiermit erkläre ich mich ausdrücklich einverstanden.

---

Ort, Datum, Unterschrift