

Bitte zurücksenden an: Sybille Haas c/o Schwarzwald-Baar-Klinikum Abt. Neurologie Klinikstr. 11 78052 Villingen-Schwenningen	Mitgliedsantrag Dysphagie-Netzwerk-Südwest für die Behandlung von Schluckstörungen bei Kindern und Erwachsenen e.V. Härtenweg 1, 88662 Überlingen und SEPA-Lastschrift-Mandat	
	<i>vom Verein auszufüllen</i>	
	Beitritt am:	
	Mitgliedsnr.:	

Name, Vorname	
Straße und Hausnr.	
PLZ, Wohnort	
Telefonnr.	
E-Mail	
Berufsgruppe	

Hiermit beantrage ich meinen Beitritt als Mitglied
 in den o.g. Verein gemäß § 3 der Satzung vom 17.01.2015
 (auf www.dysphagie-netzwerk-suedwest.de)

 Unterschrift

Vereinsbeitrag /SEPA-Lastschrift-Mandat

Ich ermächtige das Dysphagie-Netzwerk-Südwest e.V., (Gläubiger-ID DE98DNS00001611218) direkt nach Beitritt und zukünftig jährlich im Januar den jeweils aktuellen Mitgliedsbeitrag (momentan 10,- €) von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Dysphagie-Netzwerk-Südwest e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Bei Austritt kann der bereits gezahlte Jahresbeitrag nicht zurückerstattet werden.

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.

IBAN

BIC

bei Bank

Bei Spenden und Mitgliedsbeiträgen bis 200,- € erkennen die Finanzämter den Nachweis Ihrer Bank oder Sparkasse als Spendenbescheinigung an (z.B. Lastschrift- oder Einzahlungsbeleg, Kontoauszug). Sie benötigen keine weitere Bescheinigung vom Dysphagie-Netzwerk-Südwest e.V.

 Ort, Datum Unterschrift