



Anmeldung

Name	
Vorname	
Straße – Hausnummer	
Postleitzahl – Wohnort	
Telefonnummer	
E-Mail-Adresse	
Geburtsdatum	
Name der Krankenkasse	
Sitz der Krankenkasse	

Eintrittsdatum			
----------------	--	--	--

Bei Austritt aus dem Verein ist eine schriftliche Kündigung erforderlich!

Ich bin damit einverstanden, dass der Jahresbeitrag von 96,00 € von meinem Konto per SEPA Lastschrift eingezogen wird.
Eine Hälfte des Jahresbeitrages wird zum 01. März und die zweite Hälfte zum 01. September von meinem Konto abgebucht.

BIC	
IBAN	
Kontoinhaber	
Name der Bank	

Ort, Datum

Unterschrift