



Fibromyalgie Verein Bayern e.V.

Fibromyalgie Verein Bayern e.V.
c/o Claudia Dextl
Esebeckstraße 17
80637 München
claudia.dextl@gmx.de
Fax: 089/14 903 663

Antrag auf Mitgliedschaft

Argumente für eine Mitgliedschaft

- Eine gute medizinische Versorgung in Bayern
- Kurze Wege zu Entscheidern (kassenärztliche Vereinigung, Ärzte, Therapeuten, Politik)
- Eigenständiger Beirat zur fachlichen Beratung und Begleitung des Vereins
- Projektmöglichkeiten im Verein durch Beirat und Einbindung der Mitglieder
- Kurze Reisewege
- Günstiger Jahresbeitrag
- Persönliche Kontakte

Ja, ich möchte Mitglied werden, ab: **(Kalenderjahr)**

Frau

Herr

Vorname, Name:

geb. am

Straße, PLZ, Ort

Telefon

Mobil:

E-Mail:

Sie können den Mitgliedsantrag per Post, per Email oder per Fax an uns schicken!

€ 25,00

freiwilliger jährlicher Beitrag (ab 50 €)

€

Die Mitgliedschaft gilt für das laufende Kalenderjahr (vom 01.01. bis 31.12.) und verlängert sich jeweils um ein Jahr, wenn nicht 3 Monate vor Jahresende gekündigt wird (bis spätestens 30. September Eingang FVB e.V.). Der Jahresbeitrag ist kalenderjährlich zahlbar. Er wird zu Beginn des Jahres fällig oder sofort nach Eintritt. Der Fibromyalgie Verein Bayern e.V. ist unter der Nr. VR 207100 im Vereinsregister des Amtsgerichts München eingetragen. Der Fibromyalgie Verein Bayern e.V. ist unter der Steuer-Nr. 143/214/32582 beim Finanzamt München als gemeinnütziger Verein anerkannt und ist berechtigt über Zuwendungen im Sinne des § 10 b des Einkommensteuergesetzes Spendenquittungen auszustellen.

Datum

X

Unterschrift

Bitte wenden!



Fibromyalgie Verein Bayern e.V.
c/o Claudia Dextl
Esebeckstraße 17
80637 München
claudia.dextl@gmx.de
Fax: 089/14 903 663

Fibromyalgie Verein Bayern e.V.

SEPA-Lastschriftmandat Gläubiger-Identifikationsnummer: DE14ZZZ00002008005
Mandatsreferenz: entspricht Ihrer Mitgliedsnummer

Ich ermächtige den Fibromyalgie Verein Bayern e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Fibromyalgie Verein Bayern e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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.
Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

Vorname, Name
(Kontoinhaber)

Straße, PLZ/Ort

Name der Bank

IBAN:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Ort

Datum

X

Unterschrift

Datenschutzbestimmungen

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten für vereinsinterne Zwecke elektronisch gespeichert und ausschließlich zu Zwecken entsprechend der Vereinssatzung verwendet werden.

Datum

X

Unterschrift

Bitte das Formular ausdrucken und an den mit „X“ gekennzeichneten Stellen Unterschreiben und uns zusenden!

Wird von der Geschäftsstelle ausgefüllt!

Mitgliedsnummer

17

bearbeitet am

zur Bank gegeben