

BEITRITTSERKLÄRUNG

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum „**Verein für Menschen mit Schluckstörungen e. V.**“. Ich verpflichte mich zur Zahlung des Mitgliedsbeitrages von jährlich **20 €**. Darüber hinausgehende Spenden oder erhöhte Beiträge sind freiwillig. Ich bin darüber informiert, dass meine Angaben für die Mitgliederdatei elektronisch gespeichert werden.

Ort und Datum	Unterschrift
----------------------	---------------------

Angaben für die Mitgliederdatei:

Name: _____	Vorname: _____
Straße: _____	PLZ, Ort: _____
E-Mail: _____	Telefon: _____

Ermächtigung zum Lastschriftinzug des Mitgliedsbeitrages und ggf. der freiwilligen Spende.
 Hiermit ermächtige ich den „**Verein für Menschen mit Schluckstörungen e. V.**“ widerruflich, den von mir zu zahlenden Mitgliedsbeitrag und die ggf. freiwillige Spende (bitte ankreuzen und unterschreiben) bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos, im Wege des Lastschriftinzugsverfahrens, einzuziehen.

- Mitgliedsbeitrag** **20,- EUR/Jahr**
- freiwillig erhöhter Mitgliedsbeitrag** _____ **EUR/Jahr**
- freiwillige regelmäßige Spende** - in Höhe von _____ **EUR/Jahr**
- freiwillige einmalige Spende** - in Höhe von _____ **EUR**

- Finanzamtsbescheinigung (Mitgliedsbeitrag) erwünscht**

Name der Bank: _____	Kontoinhaber: _____
IBAN: _____	BIC: _____

Wenn das Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung. Der Einzug erfolgt nach Beitritt, spätestens bis zum 31.12. eines Jahres.

Unterschrift des Kontoinhabers