

Antrag auf Mitgliedschaft

Bitte ausfüllen und zurücksenden an:



Adipositas Verband Deutschland e.V.

**Peterstr. 39
46236 Bottrop**

oder per E-Mail an: mitglied@adipositasverband.de

Ja, hiermit trete ich dem Adipositas Verband Deutschland e.V. bei.
Durch meinen Beitritt unterstütze ich den Verein mit einem **Jahresbeitrag** von:

- | | |
|--|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Einzel-Mitgliedschaft | Mindestbeitrag: 32,00 Euro |
| <input type="checkbox"/> Selbsthilfegruppen | Mindestbeitrag: 96,00 Euro |
| <input type="checkbox"/> Wunschbeitrag | _____ Euro |

Name, Vorname _____

Straße Nr. _____

PLZ, Ort _____

Geburtsdatum _____

Telefonnummer _____

Emailadresse _____

Ort, Datum Unterschrift

SEPA-Lastschrift

Hiermit ermächtige ich den Adipositas-Verband-Deutschland e.V. - bis auf Widerruf - den von mir oben eingetragenen Mitgliedsbeitrag jährlich im Lastschriftverfahren von meinem Konto abzubuchen.

Ich habe die [Datenschutzerklärung](#) auf www.adipositasverband.de gelesen und bin mit der Verarbeitung meiner Daten einverstanden.

Bank / BIC _____

IBAN _____

Ort, Datum Unterschrift