

Antrag auf Mitgliedschaft

Bitte ausfüllen und zurücksenden an:



Adipositas Verband Deutschland e.V.
Peterstr. 39

46236 Bottrop

Oder per E-Mail an:

info@adipositasverband.de

Ja,

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

_____ Euro

Mindestbeitrag: 24,00 Euro, ermäßigter Beitrag: 12,00 Euro
Beachten Sie bitte, dass Sie uns für eine ermäßigte Mitgliedschaft (Harz4/ ALG2) einen Nachweis an mitglied@adipositasverband.de übersenden.
Nach Eingang der entsprechenden Nachweise werden wir den Beitrag automatisch anpassen.

Name

Vorname

Straße Nr.

PLZ Ort

Geburtsdatum

Telefonnummer

E-Mailadresse

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.

Bank

BIC

IBAN

Ort, Datum
Unterschrift

Ich habe die Datenschutzerklärung auf www.adipositasverband.de gelesen und bin mit der Verarbeitung meiner Daten einverstanden.