

Tannenbergstraße 1
D - 48147 Münster
Fon: +49 (0) 2 51 - 686 97 55
Fax: +49 (0) 2 51 - 686 97 56

info@kinderneurologiehilfe-muenster.de
www.kinderneurologiehilfe-muenster.de

Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage(n) ich/wir die Aufnahme in den Verein Kinderneurologie-Hilfe Münster e. V.. Mir/uns ist bekannt, dass ich mich/wir uns durch die Aufnahme zur Zahlung eines Mindest-Jahresbeitrags in Höhe von 20 € verpflichte(n). Der Betrag wird einmal jährlich zum 15. März eingezogen. Mir/uns ist bekannt, dass der Austritt aus dem Verein nur unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von vier Wochen zum Schluss eines Kalenderjahres schriftlich erfolgen kann.

Persönliche Angaben	
Name, Vorname:	
Anschrift:	
E-Mail / Telefon:	

SEPA-Lastschrift-Mandat

Ich ermächtige den Verein Kinderneurologie-Hilfe Münster e. V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Kinderneurologie-Hilfe Münster e. V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Zahlungsart: Wiederkehrende Lastschrift. 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.

Name, Vorname (Kontoinhaber)	
IBAN:	DE

Ort / Datum

Unterschrift