

Mitgliedsantrag

Angaben zum Mitglied: (Pro Mitglied ein Formular)

Name _____
Vorname _____
Firma _____
Straße, Hausnummer _____
PLZ Wohnort _____
Geburtsdatum _____
Telefon-Nr. _____
Email _____

Hinweise:

Durch seine/ihre Unterschrift erklärt der Antragsteller seinen Beitritt und verpflichtet sich zur Einhaltung der Satzung und Ordnungen, insbesondere zur pünktlichen Bezahlung des Vereinsbeitrages und Unterstützung der Vereinsziele. Änderungen bezüglich der Adress- oder Kontodaten sind unverzüglich dem Verein mit zu teilen.

Beginn der Mitgliedschaft / Beitragsberechnung:

Als Eintrittsdatum gilt das Datum der Unterschrift. Die Beitragsberechnung beginnt ab dem Eintrittsdatum.

Austritt / Kündigung:

Der Austritt aus dem Verein kann nur durch schriftliche Erklärung per Brief oder E-Mail gegenüber dem Vorstand mit einer 14tägigen Frist zu einem Quartalsende erfolgen.

SEPA-Lastschriftmandat:

Zum Einzug der Mitgliedsbeiträge wird mit dem Zahler ein SEPA-Lastschriftmandat abgeschlossen. Der Beitragseinzug erfolgt zu den unter Einzugstermine genannten Fälligkeiten.

In Abhängigkeit des Beitrittsmonats erfolgt eine anteilige Zahlung des Mitgliedsbeitrages.

Gebühren:

Alle im Zusammenhang einer Rücklastschrift jedweder Art entstehenden Gebühren sind vom Zahler zu tragen. Die Erinnerung an evtl. Außenstände ist kostenfrei, für nachfolgende Mahnungen werden weitere Gebühren seitens des Vereins erhoben.

Datenspeicherung:

Das Mitglied und der Zahlungspflichtige sind damit einverstanden, dass ihre Daten für Vereinszwecke per EDV gespeichert werden. Der Verein wird die Daten ausschließlich im Rahmen der Vereinsverwaltung verwenden und nicht an Dritte weitergeben.

6 U_b j YfV]bXi b[.

Deutsche Apotheker- und Ärztebank Bank Chemnitz **6 5 B.** DE90300606010001608932 **6 7 .** DAAEDEDXXX

Vorsitzender: Dr. med. Sven Seifert, Bürgerstraße 2, 09113 Chemnitz, info@onkome.de, 0371-333 44110

Beitragseinzüge: Kassenwart, Frau Dr. Manuela Trillitzsch

Unterschrift Mitgliedsantrag:

Datum: _____ Unterschrift: _____

Anlage zum Mitgliedsantrag von: _____
(Sofern auf einem separaten Blatt gedruckt und nicht Rückseite des Antrags, unbedingt angeben)

SEPA-Lastschriftmandat für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren - Wiederkehrende Zahlung

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Onkologisches Netzwerk Mittelsachsen-Erzgebirge e.V.

Gläubiger-Identifikationsnummer:

Dr. med. Sven Seifert

DE....

Mandatsreferenz-Nr.

WIRD SEPARAT MITGETEILT

Ich/Wir ermächtige(n) den Verein Onkologisches Netzwerk Mittelsachsen-Erzgebirge e.V., Zahlungen von meinem/unseren Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom Verein Onkologisches Netzwerk Mittelsachsen-Erzgebirge e.V. auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweise:

Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unseren Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Angaben **Kontoinhaber / Zahler:**

Name _____

Vorname _____

Straße, Haus-Nr. _____

PLZ + Wohnort _____

Telefon-Nr. _____

Email _____

IBAN: _____

DE

BIC: _____

_____, den _____

Unterschrift: _____

(alle Informationen notwendig. Bei fehlenden Angaben wird der Antrag bis zur Vollständigkeit zurückgewiesen)

Übersicht Mitgliedsbeiträge (Stand: 02.05.2014) Bitte ankreuzen

| Berechnungsarten | Bitte ankreuzen | jährlich in € |
|-------------------------------|-----------------|---------------|
| Ordentliche Mitglieder * | | 60 |
| Außerordentliche Mitglieder** | | 30 |

*Ordentliche Mitglieder des Vereins sind Ärzte/innen, Naturwissenschaftler/innen und medizinische Versorgungseinrichtungen beziehungsweise deren Bevollmächtigte sein.

**Außerordentliche Mitglieder sind natürliche oder juristische Personen werden, welche die Voraussetzungen für ordentliche Mitglieder nicht erfüllen und bereit sind, die Vereinszwecke nachhaltig zu unterstützen.