

UVSD SchmerzLOS e.V.
Home Office
Blücherstraße 4

23611 Bad Schwartau

Antrag auf Mitgliedschaft

Ich möchte Mitglied bei UVSD SchmerzLOS e.V. werden.

Vorname _____ Name _____

Straße _____ PLZ/Ort _____

Telefon _____ E-Mail _____

Geburtsdatum _____

Mein Jahresbeitrag: (min. 30 €)

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige UVSD SchmerzLOS e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von UVSD SchmerzLOS e.V. auf mein Konto bezogenen Lastschriften einzulösen.

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.

Ich möchte den Newsletter der UVSD SchmerzLOS e.V. an meine oben angegebene Mailadresse erhalten. Der Newsletter enthält nützliche und aktuelle Informationen zum Thema Schmerz. Ich kann ihn jederzeit wieder abbestellen.

Die personenbezogenen Daten unterliegen den Vorschriften EU-DSGVO und werden nur für satzungsgemäße Zwecke erhoben. Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich mit der elektronischen Speicherung und Verarbeitung meiner Daten einverstanden.

Name der Bank

IBAN

Datum _____

Unterschrift _____