Unabhängige Vereinigung aktiver Schmerzpatienten in Deutschland | UVSD
SchmerzLOS e.V.

UVSD SchmerzLOS e. V.
Home Office
Blücherstraße 4
23611 Bad Schwartau

Antrag auf Kooperative Mitgliedschaft

Institution _____

Vertretungsberechtigter _____

Straße _____ PLZ/Ort _____

Telefon _____ E-Mail _____

Wir zahlen einen Jahresbeitrag in Höhe von: _____ € (mindestens 50,- €)

☐ SEPA-Lastschriftmandat
Wir ermächtigen SchmerzLOS e.V., Zahlungen von unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weisen wir unser Kreditinstitut an, die von SchmerzLOS e.V. auf unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Der Speicherung und Weiterverarbeitung unserer Daten für satzungsgemäße Zwecke und unter Beachtung der Datenschutz-Grundverordnung stimmen wir zu.

IBAN

Kreditinstitut _____

Datum _____ Unterschrift _____

Anschrift:
SchmerzLOS e. V.
Ziegelstraße 25a | 23556 Lübeck
Gläubiger-ID: DE03ZZZ00000258323

Telefon: 0451 - 5854 4625
E-Mail: info@schmerzlos-ev.de
Internet: www.uvsd-schmerzlos.de

Spendenkonto:
VR-Bank Altenburger Land eG
IBAN: DE78 8306 5408 0004 7501 87
BIC: GENODEF1SLR