**Aufnahmeantrag**

|  |
| --- |
| Name, Vorname |
| Straße, Nr. |
| PLZ, Ort |
| Geburtsdatum |
| E-Mail |
| Telefon |
|  |

trete der Interessengemeinschaft Nierenkranker Nordbaden e. V.

bei

Ort, Datum ----------------------------------------------------------

Unterschrift ----------------------------------------------------------

**Der Beitrag beträgt 28,00, für Ehepartner 14,00 Euro pro Jahr**

**SEPA Lastschriftmandat**

Gläubiger Identifikationsnummer: DE32ZZZ00000611657

Mandatsreferenz

Ich ermächtige die Interessengemeinschaft Nierenkranker Nordbaden e. V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Interessengemeinschaft Nierenkranker Nordbaden e. V. auf mein Konto gezogene Lastschrift 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.

|  |
| --- |
| IBAN: |
| BIC: |
| Bank |
| Datum, Unterschrift |

Seite 40