

Gesundheitsregion Bamberg e.V.

Beitrittserklärung

Mitglied _____
(Unternehmen/Institution/Person)

bei Institutionen
vertreten durch _____
(Name/Vorname)

Strasse _____

PLZ/Ort _____

Telefon _____

Fax _____

E-Mail _____

Bamberg, den _____ Unterschrift _____

- Natürliche Person** **120,- €**
- Freie Berufe insbes. Ärzte, Personenvereinigungen,
Juristische Personen mit bis zu 10 Beschäftigten** **120,- €**
- Freie Berufe insbes. Ärzte, Personenvereinigungen,
Juristische Personen und Kommunen über 10 Beschäftigten** **240,- €**

Ich ermächtige den Verein den fälligen Mitgliedsbeitrag von meinem Bankkonto

IBAN _____

BIC _____

Bank _____

durch ein SEPA-Lastschriftmandat einzuziehen

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.

Gläubigeridentifikationsnummer: DE18ZZZ00000135833

Bamberg, den _____ Unterschrift _____