



Mitgliedsantrag

LYMPHOLOGICUM®

Hiermit beantrage ich/wir die Mitgliedschaft im Verein LYMPHOLOGICUM – Deutsches Netzwerk Lymphologie e.V.

Titel, Nachname, Vorname

ggf. Name des Unternehmens/ Name des Lymphnetzes

Adresse

Telefon

E-Mail

Datenschutzhinweis

Vorstehende Daten werden nur im Rahmen der Erforderlichkeit von Abrechnung und Betreuung Ihrer Mitgliedschaft von der LYMPHOLOGICUM – Deutsches Netzwerk Lymphologie e.V. erfasst bzw. verarbeitet.

Mein / Unser jährlicher Mitgliedsbeitrag beträgt

120 € Ordentliche Mitglieder, Einzelpersonen 360 € Ordentliche Mitglieder, Lymphnetze 60 € Assoziierte Mitglieder

Das Beitragsjahr geht vom 01. Januar bis zum 31. Dezember. Die Abbuchung des Mitgliedsbeitrages erfolgt per Lastschriftverfahren (erstmalig im Beitrittsmonat, jeder weitere Einzug im Januar des Folgejahres).

Der Wortlaut der Vereinssatzung ist mir/uns bekannt.

Ermächtigung zum Einzug

Hiermit ermächtige(n) ich/wir den oben genannten Verein widerruflich, meinen/unseren zu entrichtenden Mitgliedsbeitrag zu Lasten des unten aufgeführten Kontos bei Fälligkeit durch Lastschrift einzuziehen. Beiträge an den Verein gehören zu den steuerlich absetzbaren Sonderausgaben (§ 10b Abs. 1 EStG).

Kontoinhaber (falls abweichend)

Kontonummer

Bankleitzahl

Kreditinstitut

Ort, Datum

Unterschrift

Lymphologicum – Deutsches Netzwerk Lymphologie e.V.

Nordring 29
65719 Hofheim

Tel 06192 9 75 97 31
Fax 06192 9 75 97 41

info@lymphologicum.de
www.lymphologicum.de

