

# Beitrittserklärung



Bitte ausdrucken, ausfüllen und dann an die

Deutsche Rheuma-Liga, Landesverband Bremen, Am Wall 102, 28195 Bremen senden.

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

**Krankenkasse :** \_\_\_\_\_ **Telefon:** \_\_\_\_\_

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zur Deutschen Rheuma-Liga, Landesverband Bremen e.V.

Die Höhe des Beitrages wird durch die Mitgliederversammlung beschlossen.

Der Jahresbeitrag beträgt z.Zt. 32,- € und für Familienangehörige z.Zt. 16,- €

Familienmitglied Name:

Hiermit ermächtige ich die Deutsche Rheuma-Liga, Landesverband Bremen e.V., widerruflich, den von mir zu zahlenden Jahresbeitrag bei Fälligkeit zu Lasten meines Girokontos mittels Lastschrift einzuziehen.

Geldinstitut: \_\_\_\_\_

Bankleitzahl: \_\_\_\_\_ Kontonummer : \_\_\_\_\_

Der Erfassung meiner Daten über EDV für die satzungsgemäßen Zwecke stimme ich zu, ebenso der Weitergabe meiner Anschrift zum Zwecke der Zustellung der

**Mitgliederzeitschrift »mobil«.**

Der Austritt aus dem Verein kann jederzeit erfolgen, muss jedoch schriftlich mitgeteilt werden. Der Beitrag für das laufende Jahr ist noch zu entrichten.

\_\_\_\_\_  
( Datum )

\_\_\_\_\_  
( Unterschrift )