



Mitgliedsantrag

Hiermit beantrage ich,

Name, Vorname _____

Straße _____

PLZ, Ort _____

Geburtsdatum _____

Telefon _____

E-Mail _____

facebook-Name
(falls vorhanden) _____

Woher kennen Sie NAN e.V.? _____

die Mitgliedschaft im Nuss/Anaphylaxie Netzwerk (NAN) e.V..

NAN e.V. bevorzugt die Zahlung des Mitgliedsbeitrags mittels Lastschriftinzug. Die Zahlung per Überweisung erhöht den administrativen Aufwand des Vereins, daher erhöht sich der Jahresbeitrag bei Überweisung um 2,00 €.

- Ich zahle mittels Lastschriftinzug. Der Jahresbeitrag beträgt 18,00 € und wird für das laufende Jahr sofort und für die folgenden Jahre im Voraus im Januar eingezogen. *Bitte SEPA-Lastschriftmandat ausfüllen.*
- Ich zahle mittels Überweisung. Der Jahresbeitrag beträgt 20,00 € und muss für das laufende Jahr sofort und für die folgenden Jahre im Voraus am 15. Januar gezahlt werden.

Ort, Datum

Unterschrift (ggf. gesetzliche/r Vertreter/in)

DATENSCHUTZ

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass vorstehende Daten für vereinsinterne Zwecke in einer EDV-gestützten Mitglieder- und Beitragsdatei gespeichert werden.

Ort, Datum

Unterschrift (ggf. gesetzliche/r Vertreter/in)

Nach Eingang des Mitgliedsantrages versenden wir zeitnah eine E-Mail mit der Bitte um Verifizierung der Daten (bitte ggf. auch im Spam-Ordner schauen).

Nuss/Anaphylaxie Netzwerk (NAN) e.V.
Flotowstr. 50
42289 Wuppertal
info@nan-ev.de
www.nussallergie.org
Tel 0202/6679096

Vorsitzende
Kristina Schmidt
Stellvertreter
Marion Wachsmann
Martina Schwark

Gemeinnütziger Verein
Amtsgericht Wuppertal
Registernr. VR30479
IBAN DE49 3305 0000 0000 7186 50
BIC WUPSDE33XXX
Gläubiger-Idnr. DE71NAN00001434485



SEPA-Lastschriftmandat

Mandatsreferenz (wird separat mitgeteilt)

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger Nuss/Anaphylaxie Netzwerk (NAN) e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger Nuss/Anaphylaxie Netzwerk (NAN) e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften 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.

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

Name, Vorname
Kontoinhaber

Straße

PLZ, Ort

IBAN

BIC

Ort, Datum

Unterschrift Kontoinhaber/in

Nuss/Anaphylaxie Netzwerk (NAN) e.V.
Flotowstr. 50
42289 Wuppertal
info@nan-ev.de
www.nussallergie.org
Tel 0202/ 6679096

Vorsitzende

Kristina Schmidt

Stellvertreter

Marion Wachsmann

Martina Schwark

Gemeinnütziger Verein

Amtsgericht Wuppertal

Registernr. VR30479

IBAN DE49 3305 0000 0000 7186 50

BIC WUPSD33XXX

Gläubiger-Idnr. DE71NAN00001434485