

MITGLIEDSCHAFTSANTRAG

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Verein „Interessenvertretung Post-Covid-Erkrankter e.V.“

Name Geburtsdatum
Vorname Telefon / Mobil
Straße E-Mail
PLZ Ort

Antrag auf Mitgliedschaft des Ehepartners/den Ehepartnern in häusl. Gemeinschaft

Name Geburtsdatum
Vorname Telefon / Mobil
E-Mail

Ich habe die Satzung des Vereins und die Beitragsordnung erhalten. Die sich hieraus ergebenden Bedingungen der Mitgliedschaft erkenne ich ausdrücklich an. Dies gilt insbesondere bezüglich der Zustellung der Einladung zur Mitgliederversammlung per E-Mail sowie der Speicherung der personenbezogenen Daten und den Bedingungen des Datenschutzes. Unser Verein ist als gemeinnützig anerkannt. Beiträge und Spenden können deshalb beim Finanzamt steuerlich abgesetzt werden. Dazu erhalten alle Mitglieder rechtzeitig zum Beginn des Folgejahres eine Bescheinigung für das Finanzamt mit der Summe aller eingezahlten Beiträge. Spenden über den jährlich einmal fälligen Beitrag hinaus sind jederzeit möglich. Ihre Daten werden zur Vereinsverwaltung während der Mitgliedschaft auf elektronischen Datenträgern gespeichert.

SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT

Hiermit ermächtige die Interessenvertretung Post-Covid-Erkrankter e.V. folgende Zahlungen von meinem Konto durch Lastschrift einzulösen:

Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE79ZZZ00002429464**
Mandatsreferenz: IV PostCovid – Mitgliedsnummer

Jahresbeitrag bei Fälligkeit

20 € für Einzelpersonen, bzw. 35 € für
Paare in häuslicher Gemeinschaft

Kontoinhaber

Geldinstitut

einen Spendenbetrag

in Höhe von €

IBAN

BIC

Einmalig

Monatlich

Jährlich

Datum

Ort

Unterschrift