

Bremer Schmerzgesellschaft e.V.

www.bremer-schmerzgesellschaft.de

Antrag auf Mitgliedschaft

Hiermit stelle ich den Antrag auf Mitgliedschaft im gemeinnützigen Verein der *Bremer Schmerzgesellschaft e.V.*

..... Titel / Vorname Name
..... Straße PLZ, Ort
..... Geb.-Datum Telefon / Fax
..... E-Mailadresse (falls vorhanden) Krankheitsbild (freiwillige Angabe)

Ort, Datum

Unterschrift

Wir bitten, die beigefügte Einzugserlaubnis für den Einzug des Jahres-Mitgliedsbeitrages von 30€ gemeinsam mit dem Antrag auf Mitgliedschaft auszufüllen und an die Bremer Schmerzgesellschaft e.V., St.-Pauli-Deich 24, 28199 Bremen, zuzusenden. Unsere ehrenamtliche Verwaltungsarbeit wird dadurch sehr erleichtert. Der Beitrag wird dann in Zukunft einmal jährlich bis Ende Mai für das laufende Jahr abgebucht. Die Kündigungsfrist für die Vereinsmitgliedschaft beträgt 6 Wochen zum Ende Mai des jeweiligen Jahres.

EINZUGSERLAUBNIS / SEPA Basis Lastschrift

Titel / Vorname u. Name: _____

Ich erlaube der „Bremer Schmerzgesellschaft e.V.“ widerruflich, die von mir/uns zu entrichtende Zahlungen zu Lasten meines/unseres Girokontos

IBAN Nr.: _____ BIC Nr.: _____

Kreditinstitut: _____

durch Lastschrift einzuziehen.

Mandatsreferenz / Gläubiger ID: DE 2977700001344352

Ort, Datum

Unterschrift

Bremer Schmerzgesellschaft e.V.
St.-Pauli-Deich 24
28199 Bremen
Mail: info@bremer-schmerzgesellschaft.de
www.bremer-schmerzgesellschaft.de

Telefon Kontakt über: Netzwerk Selbsthilfe e.V.
Tel.: 0421 - 704581
Fax: 0421 - 5599 856

Vereinsregister Nr: VR 4272 HB