

# Surgical Mission

**SAARLAND e.V.**

*Surgical Mission Saarland e.V. • Mainstr. 4 • D-66557 Illingen*

## Antrag auf Mitgliedschaft

Hiermit beantrage ich zum \_\_\_\_\_ die

aktive (10€/Monat - Studenten u. Rentner 5€ / Monat Mitgliedsbeitrag)

inaktive (5€/Monat Mitgliedsbeitrag)

Mitgliedschaft im Verein Surgical Mission Saarland e.V.

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

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

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

Wohnort: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Der Inhalt der Vereinssatzung ist mir bekannt.  
Der Mitgliedsbeitrag wird jährlich eingezogen.

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

# Surgical Mission

SAARLAND e.V.

Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE38ZZZ00001882152**

Mandatsreferenz: wird separat mitgeteilt

## SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Verein „Surgical Mission Saarland e.V.“, Mitgliedsbeiträge von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von Surgical Mission Saarland 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.

Vorname und Name (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Kreditinstitut (Name der BIC<sup>1</sup>) <sup>1</sup> Hinweis: BIC kann entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt.

IBAN

DE

Mit Beendigung der Mitgliedschaft erlischt die Einzugsermächtigung.

Datum, Ort und Unterschrift