

Beitritts- Antrag

Hiermit erkläre ich
meinen Beitritt in den
Verein EX-IN Deutsch-
land e.V..



Geschäftsstelle:
Am Zingel 1
26506 Norden
Telefon: 04931/9758428
Telefax: 04931/9758426
E-Mail: info@ex-in.de
Homepage: www.ex-in.de
Postbank Hamburg
IBAN: DE47 4401 0046 0109
2524 63
BIC: PBNKDEFF

Anrede/ Name, Vorname

Geburtsdatum E-Mail

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Land

Praxis, Klinik, Institution

Praxis, Klinik, Institution

Mir ist bekannt, dass die mich betreffenden Daten im Verein erhoben, gespeichert und verarbeitet werden, soweit sie für das Mitgliedschaftsverhältnis, die Betreuung und der Verwaltung der Mitglieder und die Verfolgung der Vereinsziele erforderlich sind.

(...) Am EX-IN Kurs habe ich von bis in teilgenommen.

(...) Am EX-IN Trainer Kurs habe ich von bis in teilgenommen.

Eine Kopie des jeweiligen Zertifikates lege ich bei.

() Ich werde
Fördermitglied und
unterstütze den EX-IN
Deutschland e.V. jährlich
mit €.

(...) Ich werde Mitglied
mit 36,00 € Stabilitäts-
Mitgliedsbeitrag pro
Jahr.

(...) Ich werde Mitglied
mit 24,00 € Standard-
Mitgliedsbeitrag pro
Jahr.

(...) Ich werde Mitglied
mit 12,00 € ermäßigten
Mitgliedsbeitrag pro
Jahr. (Schüler, Studenten,
Personen, die Grundsicherung/
ALG II beziehen)

Bitte ankreuzen

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige/ Wir ermächtigen den Verein EX-IN Deutschland e.V. Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/ unser Kreditinstitut an, die von EX-IN Deutschland e.V. auf mein/ unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum die Erstattung des belasteten Beitrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/ unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

IBAN:

bei:

BIC:

Ort, Datum/ Unterschrift