



An
KIMM e.V.
c/o Margarete Bauer
Versbacher Straße 112
97078 Würzburg

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zu KIMM e.V. - Kontakte und Informationen zu Morbus Menière

*Name: _____ *Vorname: _____

*Straße und Hausnummer: _____

*PLZ und Wohnort: _____

Telefon: _____ Mobiltelefon: _____

Email: _____ Fax: _____

*Geburtsdatum: _____ Beruf: _____

*Ich bin Betroffene/r ja nein

*Die Erklärung zum Datenschutz (siehe zweite Seite!) habe ich gelesen und zur Kenntnis genommen ja

* Diese Daten müssen angegeben werden.

Lastschriftmandat

Ich ermächtige KIMM e.V. den Jahresmitgliedsbeitrag von z.Zt. 20,00 EURO mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von KIMM e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Kontoinhaber: _____
Nachname, Vorname

Kreditinstitut: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Datum

Unterschrift