

Kontaktadresse: Dr. M. Knestele, Memmingerstr. 4, 87616 Marktoberdorf

# Wundnetz Allgäu

## Beitrittserklärung

Name:..... Vorname:.....

Titel:..... Geburtsdatum:.....

Wohnort:..... Strasse:.....

Telefon:...../..... Fax:...../.....

Mail: .....@.....

Zusätzliche Angaben:

Mit der Veröffentlichung meiner Adresse innerhalb des Wundnetzes bin ich einverstanden:

Ja

Nein

Beruf:..... Arbeitsschwerpunkte:.....

Hiermit trete ich dem Wundnetz Allgäu e.V. ab dem.....bei.

Beitritt als:  Einzelperson

Juristische Person Anzahl Mitarbeiter (VK):

**Datum:**

**Unterschrift:**

## **Einzugsermächtigung / SEPA-Lastschriftmandant**

**Gläubiger-Identifikationsnummer: DE52ZZZ00000270924**

**Mandatsreferenz:**

**a) Einzelpersonen - Vorname und Nachname**

**b) Juristische Mitglieder – Name der Einrichtung**

Hiermit ermächtige ich (Wir ermächtigen) das Wundnetz Allgäu e.V. bis auf Widerruf den Jahresbeitrag von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die vom Wundnetz Allgäu e.V. auf mein (unser) Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Kontoinhaber:.....

Kreditinstitut:.....

IBAN:.....

BIC:.....

**Datum:**

**Unterschrift:**

**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.**

B  
e  
i  
t  
r  
a  
g  
: