

Mutismus Selbsthilfe Deutschland e.V.

Diesen Antrag schicken Sie bitte an:

Dominik Apel
Mitgliedsverwaltung der Mutismus Selbsthilfe
Oberpleiser Straße 25
50939 Köln

Aufnahmeantrag:

Ich beantrage hiermit die Aufnahme in den Verein Mutismus Selbsthilfe Deutschland e.V. beginnend mit dem _____ (Bitte Datum angeben)

Ich wähle folgende Mitgliedschaft:

Normale Mitgliedschaft für 55 € im Jahr

Familienmitgliedschaft für 80 € im Jahr *

Mitgliedschaft für therapeutische Einrichtungen 80 € im Jahr

Ich habe meine Fortbildungsbescheinigung zum Thema Mutismus beigefügt

Sozialmitgliedschaft für 35 € im Jahr

Die Sozialmitgliedschaft ist nur für Sozialhilfeempfänger, Studenten und Rentner gegen einen entsprechenden Nachweis möglich. Therapeuten möchten wir bitten, **grundsätzlich** nur die „Mitgliedschaft für therapeutische Einrichtungen“ zu beantragen.

Persönliche Angaben:

ggf. Name der Einrichtung: _____

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Telefon: _____

Straße & Hausnummer: _____

PLZ & Ort: _____

E-Mail: _____

Datum und Unterschrift: _____

* Bei Familienmitgliedschaften notieren sie bitte die persönlichen Angaben der Familienmitglieder, die ebenfalls Mitglied werden sollen inkl. Geburtsdatum auf der Rückseite dieses Antrags:

Mit Ihrem Beitritt erklären Sie sich damit einverstanden, dass Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung der aktuellen Datenschutzgesetze von der Mutismus Selbsthilfe Deutschland e.V. zur Erfüllung der satzungsgemäßen Vereinszwecke gespeichert und weiterverarbeitet werden dürfen. Ihre Daten werden nicht an Dritte weitergegeben. Sie haben jederzeit das Recht auf Auskunft über ihre gespeicherten personenbezogenen Daten sowie den Zweck der Speicherung. Sie haben darüber hinaus das Recht auf Berichtigung im Falle falscher Angaben und das Recht auf Löschung der Daten, wenn Sie aus dem Verein austreten sollten, sowie das Recht auf Widerspruch und Widerruf.

Bitte füllen sie das beiliegende SEPA-Lastschriftmandat komplett aus, damit wir den Mitgliedsbeitrag jährlich einziehen können. Anträge ohne SEPA-Lastschriftmandat werden nicht bearbeitet!

SEPA-Basis-Lastschriftmandat (SEPA Direct Debit Mandate)
für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/SEPA Core Direct Debit Scheme

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Mutismus Selbsthilfe Deutschland e. V.
c/o Dominik Apel
Oberpleiser Straße 25
50939 Köln

**Wiederkehrende Zahlungen/
Recurrent Payments**

[Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)]
DE96ZZZ00001181253

[Mandatsreferenz]
MITGLIEDSCHAFT

SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n)

[Name des Zahlungsempfängers]
Mutismus Selbsthilfe Deutschland e. V., Oberpleiser Straße 25, 50939 Köln

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

[Name des Zahlungsempfängers]
Mutismus Selbsthilfe Deutschland e. V., Oberpleiser Straße 25, 50939 Köln

auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Kontoinhaber /Zahlungspflichtiger (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

Kreditinstitut

BIC¹

IBAN
DE

¹ Hinweis: Ab 01.02.2014 kann die Angabe des BIC entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt.

Ort, Datum

Unterschrift (Zahlungspflichtiger)

SEPA-Basis-Lastschriftmandat (SEPA Direct Debit Mandate)
für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/SEPA Core Direct Debit Scheme

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Mutismus Selbsthilfe Deutschland e. V.
c/o Dominik Apel
Oberpleiser Straße 25
50939 Köln

**Wiederkehrende Zahlungen/
Recurrent Payments**

[Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)]

DE96ZZZ00001181253

[Mandatsreferenz]

MITGLIEDSCHAFT

SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n)

[Name des Zahlungsempfängers]

Mutismus Selbsthilfe Deutschland e. V., Oberpleiser Straße 25, 50939 Köln

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

[Name des Zahlungsempfängers]

Mutismus Selbsthilfe Deutschland e. V., Oberpleiser Straße 25, 50939 Köln

auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Kontoinhaber /Zahlungspflichtiger (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

Kreditinstitut

BIC¹

IBAN

DE

¹ Hinweis: Ab 01.02.2014 kann die Angabe des BIC entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt.

Ort, Datum

Unterschrift (Zahlungspflichtiger)