SOZIALVERBAND VdK HESSEN-THÜRINGEN

Selbsthilfegruppe Schlafapnoe /Chronische Schlafstörungen in Marburg

Ich möchte mir und anderen helfen! Ich möchte die Selbsthilfegruppe unterstützen!
Ich möchte Fördermitglied werden!

Durch meine Mitgliedschaft in der Selbsthilfegruppe Schlafapnoe Marburg möchte ich mir kontinuierliche Informationen über das Krankheitsbild der Schlafapnoe und der aktuellsten Diagnostik- und Therapiemöglichkeiten sichern.

Beitrittserklärung

Name	
Vorname	
Geburtsdatum *	
Krankenkasse	
Straße	
PLZ / Wohnort	
Telefon	
Fax / E-Mail	@

* freiwillige Angabe

Datum / Unterschrift	

Sepa-Basislastschriftmandat

Hiermit ermächtige ich die SHG Schlafapnoe Marburg widerruflich, einen freiwilligen monatlichen Förderbeitrag, in Höhe von **€** durch Lastschrift von meinem Konto einzuziehen. Der Betrag wird jährlich im Voraus eingezogen. 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.

IBAN (International Bank Account Number) D E	BIC (Bank Identifier Code)
Geldinstitut (Name, Ort)	
Kontoinhaberin / Kontoinhaber	

Unsere Gläubiger-Identifikationsnummer
im SEPA-Lastschriftverfahren lautet
DE39SHG00000033508

Datum / Unterschrift	