

Beitrittsformular für Einzelpersonen

Wir sind die unabhängige und überparteiliche **Bürger Initiative Gesundheit e.V.** Mit Ihrer Mitgliedschaft nehmen Sie aktiv Einfluss auf Ihre gesundheitspolitischen Interessen in den Medien, in der Politik und in den Gremien der Bundesrepublik Deutschland. Darüber hinaus profitieren Sie von unserem kostengünstigen Expertenwissen.

JA, ICH WERDE MITGLIED IN DER Bürger Initiative Gesundheit e.V.

zu einem Jahresbeitrag von **60,- €** jährlich (gültig für 12 Monate ab Eintrittsmonat)

Name:

Vorname:

Straße und Hausnummer:

PLZ und Ort:

Telefon:

Fax:

Geburtsdatum:

E-Mail

Ort, Datum

Unterschrift Mitglied

Es wird bestätigt, dass alle Zuwendungen nur zur Förderung der Erforschung der Grundlagen der öffentlichen Gesundheitspflege mit dem Ziel der optimalen Gestaltung der öffentlichen Gesundheitspflege verwendet wird.

Die Satzung habe ich gelesen. Die Mitgliedschaft verlängert sich automatisch um ein Jahr, sofern nicht mit einer Frist von 3 Monaten vor dem ursprünglichen Eintrittsmonat gekündigt wird. Etwaige Veränderungen in der Adresse oder Bankverbindung werde ich der **Bürger Initiative Gesundheit e.V.** mitteilen.

Um die organisatorischen Abläufe zu erleichtern, bitten wir Sie um Erteilung einer **Einzugsermächtigung**. Bitte füllen Sie nachfolgend die relevanten Daten auf der folgenden Seite aus.

SEPA – Lastschriftmandat:

(Hinweis: ab Februar 2014 müssen alle Zahlungen dem SEPA Format entsprechen)

Zahlungsempfänger:

Bürger Initiative Gesundheit e.V. , Reinhardtstr. 29, 10117 Berlin

Gläubiger-Identifikationsnummer:

DE43ZZZ00000239076

Mandatsreferenz / Mitgliedsnummer:

wird Ihnen nach Eintritt zugeteilt.

Hiermit ermächtige ich die **Bürger Initiative Gesundheit e.V.** Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der **Bürger Initiative Gesundheit e.V.** auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Zahlungsart:

Wiederkehrende Zahlung

Zahlungspflichtiger:

 Name: Vorname

 Adresse

 IBAN (max. 22 Stellen)

 BIC (8 oder 11 Stellen)

 Ort, Datum Unterschrift Kontoinhaber