

Aufnahmeantrag / Beitrittserklärung

Entsprechend § 3 Absatz 2 der Satzung, beantrage ich hiermit

ab dem 01. _____ 20 ____

die Mitgliedschaft in der Initiative Unabhängige Zahnärzte Berlin (IUZB) e. V.

Die Vereinssatzung, die Beitragsordnung und die Datenschutzinformation habe ich erhalten und sind mir bekannt. Mir ist bekannt, dass die Mitgliedsbeiträge nach der Beitragsordnung ausschließlich im Einzugsverfahren erhoben werden. Ich verpflichte mich, dem Verein ein entsprechendes SEPA-Basislastschriftmandat zu erteilen.

Vorname und Nachname : _____
(Bitte in Druckbuchstaben)

Geburtsdatum : _____

Praxisstempel : _____

Anschrift: : _____ Berlin, _____
Ort, Straße, Hausnummer

Telefonnummer(n) : _____

eMail Adresse (Wichtig!) : _____ @ _____
(Der Verein führt Mitgliederschriftwechsel möglichst nur per eMail)

Datum / Unterschrift : _____

Initiative Unabhängige Zahnärzte Berlin (IUZB) e. V.

Geschäftsstelle 13437 Berlin, Spießweg 35

Finanzamt Berlin: Finanzamt für Körperschaften I, **Steuernummer 27/620/56453**

Vereinsregister Berlin: Amtsgericht Charlottenburg Blatt VR 21749 B

Erteilung eines SEPA – Basislastschriftmandats

Zahlungsempfänger: : **Initiative Unabhängige Zahnärzte Berlin (IUZB) e.V.**

Gläubiger-
Identifikationsnummer IUZB e.V.: : DE64 IUZ 00000396711

Mandatsreferenznummer: : _____

Mandat für wiederkehrende Zahlungen

Ich ermächtige / wir ermächtigen den oben genannten Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem Konto / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich / weisen wir mein / unser Kreditinstitut an, die von dem oben genannten Zahlungsempfänger auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Zahlungspflichtiger:

Vorname und Nachname : _____

Straße und Hausnummer : _____

Postleitzahl und Ort : _____

Kreditinstitut Name : _____

Kreditinstitut BIC : _____

Kreditinstitut IBAN : _____

Ort und Datum

Unterschrift

Initiative Unabhängige Zahnärzte Berlin (IUZB) e. V.

Geschäftsstelle 13437 Berlin, Spießweg 35

Finanzamt Berlin: Finanzamt für Körperschaften I, **Steuernummer 27/620/56453**

Vereinsregister Berlin: Amtsgericht Charlottenburg Blatt VR 21749 B