



# Verein zur Förderung des Matthias-Grünwald-Therapeutikum Würzburg e.V.

Postfach 3106 · 97041 Würzburg · Tel. 0931-70 23 53 · info@therapeutikum-wuerzburg.de

## Beitrittserklärung

(Bitte entsprechend ankreuzen/ausfüllen)

Ich / wir beantrage(n) die Mitgliedschaft im Verein zur Förderung des Matthias-Grünwald-Therapeutikums Würzburg e.V., Postfach 3106, 97041 Würzburg

Beitrag: € 66,00 (Einzelmitgliedschaft/Jahr) \_\_\_\_\_ € 86,00 (Partnermitgliedschaft/Jahr) \_\_\_\_\_

als Jahresbeitrag \_\_\_\_\_ als Halbjahresbeitrag \_\_\_\_\_ als Vierteljahresbeitrag \_\_\_\_\_

Ich / wir erteile(n) ein Lastschriftmandat \_\_\_\_\_ Ich / wir zahle(n) per Dauerauftrag \_\_\_\_\_

Sie erhalten für Ihren Mitgliedsbeitrag eine Zuwendungsbestätigung.

Gleichzeitig beantrage ich die Mitgliedschaft im Verein *gesundheit aktiv. anthroposophische heilkunst e.V.* Gneisenaustr. 42, 10961 Berlin, www.gesundheit-aktiv.de.

**Hinweis:** Der Mitgliedsbeitrag erhöht sich **zusätzlich** um **15,- €**.

Familie-, Vorname: .....

Familie-, Vorname (des Ehepartners): .....

Straße / PLZ / Ort: .....

E-Mail: ..... Telefon:.....

Datum / Unterschrift(en):.....

**Mitgliedsbeiträge und Spenden für den Verein:** IBAN: DE13 7905 0000 0000 7155 73 BIC: BYLADEM1SWU

**Spenden für Therapie- und Sozialfonds:** IBAN: DE95 7905 0000 0380 1009 82 BIC: BYLADEM1SWU

*Ich (wir) bin (sind) einverstanden, daß meine (unsere) Daten für Angelegenheiten mit Belang für den Verein gespeichert und verwendet werden. Die Daten werden nicht an Dritte weitergegeben.*

Datum / Unterschrift(en):.....

## SEPA-Lastschriftmandat

(bitte ausfüllen):

**Name und Anschrift des Zahlungsempfängers:** Verein zur Förderung des Matthias-Grünwald-Therapeutikums Würzburg e. V., Postfach 3106, 97041 Würzburg

**Gläubiger-Identifikationsnummer:** DE58ZZZ00000136374

**Mandatsreferenz** (vom Zahlungsempfänger auszufüllen): .....

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom 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.

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber): .....

Straße / PLZ / Ort: .....

IBAN des Zahlungspflichtigen: .....

BIC: .....

Ort / Datum / Unterschrift(en):.....