**MITGLIEDSANTRAG**

**PROimmun e.V.**

**JA,**

**ich möchte Mitglied bei PROimmun e.V., dem Verein zur Förderung der Erforschung und Behandlung von Immunerkrankungen, werden.**



**Kontaktdaten**

[ ]  Herr [ ]  Frau [ ]  Familie [ ]  Firma

Titel, Vorname, Name: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Firma: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Straße, Hausnummer: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

PLZ, Ort: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Land: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Telefon: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

E-Mail: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Geburtsdatum: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Bitte buchen Sie jährlich folgenden Betrag von meinem Konto ab:**

[ ]  20 EUR (Mindestbetrag) [ ]  50 EUR [ ]  100 EUR [ ]  EUR

Kontoinhaber : Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

IBAN: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

BIC: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Bank: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Mitgliedsnummer/Mandatsreferenz (wird von PROimmun e.V. vergeben):
Gläubiger-ID: DE83ZZZ00001737588
Ich ermächtige PROimmun e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von PROimmun e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. 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.
Ich erkenne die Satzung und die Datenschutzerklärung von PROimmun e.V. an.
Ich verpflichte mich, PROimmun e.V. über Änderungen meiner Kontaktdaten zu informieren.
Die Mitgliedschaft kann jederzeit unter Einhaltung einer dreimonatigen Frist zum Jahresende gekündigt werden.

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Ort, Datum, Unterschrift