

Antrag auf Mitgliedschaft im Verein „Qualitätsverbund Geriatrie Nord-West-Deutschland e.V.“

Hiermit beantrage ich

Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße	PLZ	Ort
Email-Adresse		Telefon
Beruf		
Ggfs. Firma		
Ggfs. Anschrift		

bzw. beantragen wir

Name des Trägers		
Straße	PLZ	Ort
Name Ansprechpartner	Vorname	Geburtsdatum
Email-Adresse		Telefon

für folgende Einrichtung

Name		
Straße	PLZ	Ort
Name Ansprechpartner	Vorname	Geburtsdatum
Email-Adresse		Telefon

die Mitgliedschaft im Verein „Qualitätsverbund Geriatrie Nord-West-Deutschland e.V.“.

Ich/Wir erkenne/n die Satzung des „Qualitätsverbund Geriatrie Nord-West-Deutschland e.V.“ an und werde/n den Verein in der Verwirklichung seiner Ziele unterstützen.

Den Jahresbeitrag gemäß der gültigen Beitragsordnung werde/n ich/wir bezahlen.

Ort, Datum

rechtsverbindliche Unterschrift

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Verein „Qualitätsverbund Geriatrie Nord-West-Deutschland e.V.“ widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem/unserem Konto einzuziehen.

Zugleich weise ich mein/unser Kreditinstitut an, diese Lastschriften einzulösen.

Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungsempfänger: Qualitätsverbund Geriatrie Nord-West-Deutschland e.V.
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE23400602650015641900
Mandatsreferenz: wird separat mitgeteilt

Kontoinhaber
IBAN
BIC
Kreditinstitut

Ort, Datum

rechtsverbindliche Unterschrift