

FSG Medizin Hoyerswerda e.V.
Dietrich-Bonhoeffer-Straße 4
02977 Hoyerswerda
Tel. 03571 6085280



Aufnahmeantrag / Beitrittserklärung

Hiermit trete ich der FSG Medizin Hoyerswerda e.V. als ordentliches Mitglied bei.
(Für Kinder bitte den Namen des Kindes angeben und als Sorgeberechtigter unterschreiben)

Herr / Frau

Vorname

Nachname

Geb. am

Straße

PLZ Ort

Telefon

E-Mail

Durch meine Unterschrift erkenne ich die Satzung des Vereins an, veröffentlicht unter www.fsg-medizin.de/satzung

Die Mitgliedschaft ist jederzeit mit einer Frist von vier Wochen zum Monatsende kündbar.

Hoyerswerda, den

Unterschrift

Durch den Verein auszufüllen

Mitgliedsnummer

Abteilung

Bearbeitet von

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die FSG Medizin Hoyerswerda e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von FSG Medizin Hoyerswerda e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften anzuweisen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belegdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungsempfänger:

FSG Medizin Hoyerswerda e.V.
Dietrich-Bonhoeffer-Str. 4
02977 Hoyerswerda
Gläubigeridentifikationsnummer: DE69ZZZ00000875704

Zahlungspflichtige:

Vorname und Name (Kontoinhaber)

Mitgliedsnummer

(ggf. frei lassen)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Kreditinstitut

DE

IBAN (20 Ziffern)

Der Mitgliedsbeitrag soll eingezogen werden:

- Monatlich
- Vierteljahr
- Halbjahr
- Jahr
- Einmalige Aufnahmegebühr

Datum, Ort und Unterschrift