

Beitrittserklärung

Hiermit möchte ich im Verein
"Gesundheitswerkstatt e. V."
Mitglied werden.

(Bitte zurücksenden an:
Gesundheitswerkstatt e. V. Postfach 2020, 32710 Detmold,
Fax: 032 21 - 23 52 475,
E-Mail: gesundheitswerkstatt-detmold@t-online.de

Ich bin bereit, den Beitrag/pro Jahr gemäß gültiger
Beitragsordnung (z.Zt. vom 15.04.09) zu entrich-
ten:

- | | |
|--|----------------|
| 1. Einzelperson | 10,00 € |
| 2. Familie | 15,00 € +) |
| 3. Kinder, Jugendliche, Schüler | beitragsfrei*) |
| 4. Studenten, Sozialhilfeempf.
Sozialschein Inhaber | 5,00 € *) |

5. Fördermitglied
Ich möchte förderndes Mitglied
werden und bin bereit, einen
Jahresbetrag (ab 20 € in Höhe von EURO

Name und Anschrift des Mitgliedes:

(Wenn eine Institution, ein Betrieb oder sonstige juristische
Person Mitglied wird, ist deren Bezeichnung, Adresse und
die Vertretung zu benennen. Bei Familienmitgliedschaft sind
die Familienmitglieder mit Vor- und Zunamen zu benennen)
Bitte E-Mail Adresse angeben (sofern vorhanden).

Name, _____ Vorname _____

Straße _____

Ort _____

Tel. _____

E-Mail _____

Datum: _____

Unterschrift: _____
und ggf. Stempel

*) gilt nur bei Minderjährigen oder mit jährlichem Nachweis
+) als Familie gilt: Eltern und die im Haushalt lebenden Kinder

Der Beitrag wird erstmalig bei Eintritt fällig und
danach jeweils zu Jahresbeginn. Aus
Kostengründen soll der Beitrag per
Abbuchung eingezogen werden. Hiermit gebe
ich meine Einverständniserklärung, dass der
Mitgliedsbeitrag in Höhe

von _____ Euro/Jahr von meinem

Konto, erstmalig bei Vorlage der Vollmacht
und danach jeweils zum 02. Januar des
jeweiligen Jahres abgebucht wird.

Bankverbindung: _____

Bankleitzahl: _____

Kontonummer: _____

Datum: _____

Vorname: _____

Nachname: _____

Unterschrift: _____

Diese Abbuchungsvollmacht kann jederzeit
widerrufen werden.

Bitte beide Seiten ausfüllen