



Beitrittserklärung

Familienname/Vorname:
Titel:
Beruf:
Straße/Hausnummer:
Postleitzahl/Wohnort:
Geburtsdatum:
Geschlecht: männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/>
Telefon/Handy/Fax:
E-Mail:

Mitgliedschaft/Familienmitgliedschaft:	Zutreffendes bitte ankreuzen
Erwachsene/Erwachsener	55 € <input type="checkbox"/>
Ehepartner/in, Partner/in	27,50 € <input type="checkbox"/>
Student/in (18-27 Jahre) Auszubildende/r (18-27 Jahre) Jugendliche/r (16-18 Jahre)	27,50 € <input type="checkbox"/>
Kind bis zum vollendeten 15. Lebensjahr	Beitragsfrei <input type="checkbox"/>

**Die Aufnahmegebühr beträgt 15 €, der Jahresbeitrag 55 €/ 27,50 €;
somit werden 70 €/ 42,50 € bei Eintritt fällig.**

Kontoinhaber:
IBAN:
BIC/SWIFT:
Bank:

Lastschrift: gemäß unserer Satzung sind wir verpflichtet, den Beitrag per Lastschrift einzuziehen.

Die Mitgliedschaft wird wirksam, wenn der erste Jahresbeitrag im Voraus bezahlt wurde.

Hiermit ermächtige ich Sie widerruflich, alle weiteren Beiträge im Voraus (jährlich) von meinem Konto einzuziehen.

Datum, eigenhändige Unterschrift

Bitte Antrag senden an:

**Ärztefanclub Mainz 05 e.V. Dr. Wolfgang Klee, Walpodenstr. 23, 55116 Mainz
Stand: 01.01.2020**

Datenschutz:

Ihre Daten werden gemäß DSGVO beim Ärztefanclub Mainz 05 e.V. verwaltet.

Der jeweils aktuelle Stand der DSGVO-Verarbeitungstätigkeit kann beim Schatzmeister abgefragt werden.