



Hiermit beantrage ich meine Mitgliedschaft in der FLD e.V. ab dem Jahr _____

Herr Frau Firma

BITTE IN DRUCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN

Name _____ Vorname _____

Straße: _____

PLZ _____ Wohnort: _____

Geb.-Datum: _____ Telefon: _____

E-Mail: _____

Selbsthilfegruppe: _____ An Mitarbeit interessiert: Ja Nein

Mitgliedschaft pro Kalenderjahr
(bitte ankreuzen)

- | | | | |
|--------------------------------------|------------|--|-------------|
| <input type="radio"/> Mitglied | 30,00 Euro | <input type="radio"/> Familienangehörige/r
zugehörig zu Mitglied: _____ | 17,00 Euro |
| <input type="radio"/> Fördermitglied | 50,00 Euro | <input type="radio"/> Fördermitglied | 100,00 Euro |

Bei Mitgliedern im Ausland erhöht sich der Beitrag um 8,00 Euro. Die Mitgliedschaft gilt für das jeweilige Kalenderjahr (01.01. – 31.12.) und verlängert sich jeweils um ein Kalenderjahr, wenn nicht 3 Monate vor Jahresende gekündigt wird. Eine Kündigung muss schriftlich per Post an den Vorstand erfolgen. Kündigungen per Fax, E-Mail, telefonisch usw. haben keine Gültigkeit. Der Jahresbeitrag ist kalenderjährlich zahlbar und zum 1. März oder spätestens einen Monat nach Eintritt fällig. Die Fibromyalgie-Liga Deutschland e.V. ist unter lfd. Nummer VR 2364 im Vereinsregister des Amtsgerichts Mönchengladbach eingetragen. Wir sind unter der Steuernummer 334/5740/3809 beim Finanzamt Meschede als gemeinnütziger Verein eingetragen. Wir sind berechtigt, über Zuwendungen im Sinne des § 10b des Einkommensteuergesetzes Spendenquittungen auszustellen.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten für vereinsinterne Zwecke elektronisch gespeichert werden und ausschließlich zu Zwecken entsprechend der Vereinssatzung verwendet werden.

Datum: _____ Unterschrift: _____

SEPA- Lastschriftmandat

Gläubiger- Identifikationsnummer: DE16 ZZZ 00000 737 560

Mandatsreferenz: (Ihre Mitgliedsnummer)

Hiermit ermächtige ich die Fibromyalgie-Liga Deutschland e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Fibromyalgie-Liga Deutschland e.V. auf mein Konto gezogene Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.
Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

Kontoinhaber/-in _____

IBAN: _____ (Steht auf Ihrem Kontoauszug)

Datum: _____ Unterschrift Kontoinhaber/in _____



Bitte den Mitgliedsantrag senden an:

Fibromyalgie-Liga Deutschland e.V.
Büro Monika Jäger
Friedenstr. 36

57392 Schmallenberg

Raum für evtl. Mitteilungen:

(wird von uns ausgefüllt)

Eingang:

Mitgliedsnummer:

Daten erfasst: