

# KRANKENSCHWESTER ROCKT E.V.

## Krankenschwester Rockt e.V.

Jörg Lehmann  
Haaren 10  
19336 Bad Wilsnack, GT Haaren

## Aufnahmeantrag

Vorname: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_

Firma/Verein: \_\_\_\_\_

Straße + Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ + Ort: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

## Jährlicher Mitgliedsbeitrag

(Bitte ankreuzen)

Natürliche Person (1 Stimme)

○ 10 EUR

Juristische Personen und Personengesellschaften (2 Stimmen)

○ 20 EUR

Fördermitglieder (Beitrag frei wählbar — keine Stimme)

○ Betrag: \_\_\_\_\_

## SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige Krankenschwester Rockt e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von Krankenschwester Rockt e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. 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.

IBAN: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

Hiermit bestätige ich verbindlich, dass ich ab sofort Mitglied bei Krankenschwester Rockt e.V. werden möchte. Nach meinem Antrag erhalte ich meine Aufnahmebestätigung sowie meine Mandatsreferenznummer.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Unterschrift