

ANTRAG

FÖRDERMITGLIEDSCHAFT

Hiermit beantragt die Organisation

eine Mitgliedschaft im Verein Ambulante Versorgungsbrücken e. V.

Straße /Hausnr. _____ PLZ _____

Wohnort _____ Telefon _____

Handy _____ Email _____

Website:

Newsletter ja _____ nein _____

Juristische Mitgliedschaft/Jahresbeitrag **250,00 €**

Aufnahmegebühr (einmalig): **80,00 €**

Der Mitgliedsbeitrag wird bei der Aufnahme und später jeweils zum Beginn eines Kalenderjahres eingezogen.

Einzugsermächtigung

IBAN: _____

SWIFT/BIC-Code: _____

Ort / Datum _____

Unterschrift/en/Stempel Mitgliedsorganisation

Die Einzugsermächtigung kann innerhalb von vier Wochen widerrufen werden.

Eine Kündigung ist schriftlich, mit einer Frist von drei Monaten, zum Ende des Mitgliedsjahres (12 Monate) möglich.

Sparkasse Bremen

BAN DE69290501010080186562

SWIFT/BIC-Code: SBREDE22XXX

Stand: Januar 2018