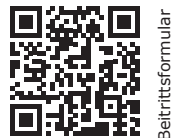


Möchten auch Sie TEB e. V. Selbsthilfe unterstützen?
Dann werden Sie Mitglied mit einem Jahresbeitrag ab 30,00 €.



Beitrittsformular

per Telefax 07141 9563637

TEB e. V. Selbsthilfe gegr. in Baden-Württemberg
Tumore und **E**rkrankungen der **B**auchspeicheldrüse

Schirmherr Steffen Bilger MdB, Parlamentarischer Staatssekretär
• Gemeinnützig und als besonders förderungswürdig anerkannt
• Unterstützt durch den Krebsverband Baden-Württemberg

DER PARITÄTISCHE
UNSER SPITZENVERBAND

TEB e. V. Selbsthilfe
Karlstr. 42
71638 Ludwigsburg, Württ

Wodurch sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Klinik, welche? _____

Arzt, welcher? _____

Internet Medien

durch Betroffene Hilfe am Krankenbett

sonstiges _____

Beitrittserklärung

Ich erkläre hiermit meinen Beitritt zur TEB e. V. Selbsthilfe gegründet in Baden-Württemberg als Betroffene/r Angehörige/r Interessierte/r Fördermitglied

TEB-Infopost (Termine, Magazin) einschl. Informationsmappen von TEB erwünscht NEIN JA

Es ist eine einmalige Aufnahmegebühr von 30,00 € fällig. Bei Familienmitgliedschaft ist die Aufnahmegebühr nur einmal zu bezahlen. Der Mitgliedsbeitrag beträgt 30,00 € pro Person im Kalenderjahr. Erhöhter Mitgliedsbeitrag wird Ihnen als Spende ausgewiesen.

Mein Jahresbeitrag ist _____ Euro

- Ich überweise Als Überweiser bezahlen Sie bitte Aufnahmegebühr und Mitgliedsbeitrag für das laufende Jahr bei Antragstellung und in den darauffolgenden Jahren den Mitgliedsbeitrag wiederkehrend am 8. Januar.
- Ich zahle per Lastschrift (bitte auch 2. Seite ausfüllen)
Aufnahmegebühr und Mitgliedsbeitrag werden zum Eintritt erhoben, danach wird der Mitgliedsbeitrag zum 8. Januar des Jahres wiederkehrend eingezogen.

Name _____ Vorname _____

Ortsteil _____ Straße/H-Nr. _____

PLZ _____ Ort _____

Geburtsdatum _____ Bundesland _____

Telefon _____ Land _____

Mobiltelefon _____ Telefax _____

E-Mail _____

Hinweise zum Datenschutz: Die Daten werden ausschließlich für die Verarbeitung der Vereinszwecke verwendet. Eine Weitergabe der Daten an Dritte findet nicht statt.

Datum _____ Unterschrift

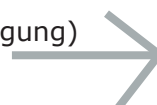
Als Selbstzahler überweisen Sie den Mitgliedsbeitrag bitte auf unser Konto

TEB e.V.Selbsthilfe BW

IBAN **DE 21 6049 0150 0328 5580 01** BIC (SWIFT-Code) **GENO DE S1 LB G**

bitte im Verwendungszweck **J-Beitrag**, und ggf. Name des Mitglieds (falls Kontoinhaber abweicht) angeben.

Zum **SEPA-Lastschriftmandat** (Einzugsermächtigung)



SEPA-Lastschriftmandat (SEPA Direct Debiti Mandate)
für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/SEPA Core Direct Debit Scheme

Wiederkehrende Zahlung/Recurrent Payments

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

TEB e. V. Selbsthilfe
Karlstr. 42
71638 Ludwigsburg, Württ

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)
DE20ZZZ00000350167

Mandatsreferenz (wird von TEB e. V. nachgetragen)
TEBeVJ-BeitragM0

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige

Name des Zahlungsempfängers
TEB e. V. Selbsthilfe

Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von

Name des Zahlungsempfängers
TEB e. V. Selbsthilfe

auf mein Konto gezogenen 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.
Bitte kontaktieren Sie TEB e. V., bevor Sie die Lastschrift rücknahme durch ihre Bank veranlassen.

Kontoinhaber (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

Kreditinstitut

BIC

IBAN

Ort, Datum

Unterschrift