

An Gruppenleitung oder OSHG Frankenberg und Umgebung e.V., Rosenweg 43, 35066 Frankenberg (Eder)

**OSTEOPOROSE Selbsthilfegruppe
Frankenberg und Umgebung e.V.**

T	W	
ankreuzen		

BeitrittserklärungGrp./Untergrp: . ./

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zur

OSTEOPOROSE Selbsthilfegruppe Frankenberg und Umgebung e.V..

Vorname Name	Mitgliedsnummer	
Straße Hausnummer		
Beginn der Mitgliedschaft		
PLZ Wohnort		
Geburtstag	Telefon	mobil
Beruf / ehem. Beruf		
E-Mail		
Was muss die Übungsleiterin wissen:		

Siehe Gesundheitskarte:											
Krankenkasse						Versicherter					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Versicherungsnummer, 9 Ziffern						Versichertennummer, 1 Buchstabe 9 Ziffern					

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten zur vereinsinternen Verwaltung und Bearbeitung auch auf Computersystemen gespeichert werden dürfen.

Information zum Datenschutz unter:<https://www.osteoporose-nordhessen.de/datenschutzerklärung/>**SEPA-Lastschriftmandat:** Ich ermächtige die Osteoporose Selbsthilfegruppe Frankenberg und Umgebung e.V. den Beitrag von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Osteoporose Selbsthilfegruppe Frankenberg und Umgebung e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.**Hinweis:** Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Wird der Einzug von meinem Kreditinstitut nicht durchgeführt, gehen anfallende Stornogebühren zu meinen Lasten.Gläubiger-Identitätsnummer der Osteoporose SHG: **DE05OST00000105221**
Meine Mandatsreferenz: **OSTMitgliedsnummer** Bsp.:OST909

Name des Kreditinstituts												Vorname Name des Kontoinhabers											
DE	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
IBAN	hat 22 Stellen, nach DE 20 Ziffern											BIC ist innerhalb Deutschlands nicht nötig											

Ort, Datum

Unterschrift Mitglied und Kontoinhaber, wenn abweichend

Eingang Vorstand am: 1. BEZ am

An Gruppenleitung oder OSHG Frankenberg und Umgebung e.V., Rosenweg 43, 35066 Frankenberg (Eder)



OSTEOPOROSE Selbsthilfegruppe Frankenberg und Umgebung e.V.

T		W	
ankreuzen			

Beitrittserklärung

Grp./Untergrp: . .

1 / 1

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zur

OSTEOPOROSE Selbsthilfegruppe Frankenberg und Umgebung e.V.

Vorname Name	Mitgliedsnummer	
Straße Hausnummer	Beginn der Mitgliedschaft	
PLZ Wohnort		
Geburtstag	Telefon	mobil
Beruf / ehem. Beruf	E-Mail	
Was muss die Übungsleiterin wissen:		

Siehe Gesundheitskarte:

Krankenkasse

Versicherter

Versicherungsnummer 9 Ziffern

Versichertennummer 1 Buchstabe 9 Ziffern

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten zur vereinsinternen Verwaltung und Bearbeitung auch auf Computersystemen gespeichert werden dürfen.

Information zum Datenschutz unter:

Information zum Datenschutz unter
<https://www.osteoporose-nordhessen.de/datenschutzerklaerung>

SEPA-Lastschriftmandat: Ich ermächtige die Osteoporose Selbsthilfegruppe Frankenberg und Umgebung e.V. den Beitrag von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Osteoporose Selbsthilfegruppe Frankenberg und Umgebung e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Wird der Einzug von meinem Kreditinstitut nicht durchgeführt, gehen anfallende Stornogebühren zu meinen Lasten.

Gläubiger-Identitätsnummer der Osteoporose SHG: **DE05OST00000105221**
Meine Mandatsreferenz: **OSTMitgliedsnummer Bsp.:OST909**

Name des Kreditinstituts										Vorname Name des Kontoinhabers									
DE																			
IBAN hat 22 Stellen, nach DE 20 Ziffern										BIC ist innerhalb Deutschlands nicht nötig									

Ort Datum

Unterschrift Mitglied und Kontoinhaber, wenn abweichend