



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

T		W	
ankreuzen			

Beitrittserklärung

Grp./Untergrp: □ □ .□□□□□□□□.□□ / □□

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zur

OSTEOPOROSE Selbsthilfegruppe Frankenberg und Umgebung e.V..

Vorname Name		Mitgliedsnummer	
Straße Hausnummer		Beginn der Mitgliedschaft	
PLZ Wohnort			
Geburtsstag	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:

<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 Sorngebühren 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

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: □ □ □ □ . □ □ □ □ □ □ . □ □ / □ □

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zur

OSTEOPOROSE Selbsthilfegruppe Frankenberg und Umgebung e.V..

Vorname Name		Mitgliedsnummer	
Straße Hausnummer		Beginn der Mitgliedschaft	
PLZ Wohnort			
Geburtsstag	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:

<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 Sorngebühren 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

Eingang Vorstand am: .. 1. BEZ am