



AUFNAHMEANTRAG

Name _____ Vorname _____
Firma / Organisation/Beruf _____
Ansprechpartner _____ Durchwahl _____
PLZ / Wohnort _____ Strasse _____
Telefon _____ Telefax _____
E-Mail _____ Homepage _____

Jährlicher Mitgliedsbeitrag

Firma / Organisation
Einzelpersonen
freiwilliger Förderbeitrag

Beitrag € 250,-
Beitrag € 24,-
Beitrag €

Bitte zutreffendes
ankreuzen ✎

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers

ERMÄCHTIGUNG ZUM EINZUG VON FORDERUNGEN DURCH LASTSCHRIFTEN

MITGLIED

Name, Vorname _____

KONTOINHABER

Name, Vorname _____

Straße, Haus Nr. _____

PLZ, Wohnort _____

Bankleitzahl _____

Girokonto - Nr. _____

Name des Kreditinstitutes _____

ZAHLUNGSEMPFÄNGER

Associaton of Natural Medicine in Europe - ANME

Waldstr. 14; D-61137 Schöneck

Frankfurter Volksbank eG

BLZ: 501 900 00, KoNr: 4201 780 301

IBAN: DE 52 501 900 00 420 1780 301, BIC: FFVBDEFF

Hiermit ermächtige ich Sie widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines Girokontos durch Lastschrift einzuziehen. Wenn mein Girokonto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Geldinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers