

# AUFNAHMEANTRAG



**Association of Natural Medicine in Europe e.V.**  
Waldstrasse 21, D-61137 Schöneck

**FAX 0049-(0)6187- 9928074**

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

## Jährlicher Mitgliedsbeitrag

Bitte zutreffendes  
ankreuzen ✎x

Firma / Organisation	Beitrag € 500,-	<input type="checkbox"/>
Schule	Beitrag € 250,-	<input type="checkbox"/>
Einzelperson	Beitrag € 36,-	<input type="checkbox"/>

**Unsere Kontoverbindung erhalten Sie aus Sicherheitsgründen mit Ihren Mitgliedsunterlagen**

---

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers

## ERMÄCHTIGUNG ZUM EINZUG VON FORDERUNGEN DURCH LASTSCHRIFTEN

### KONTOINHABER

Name, Vorname \_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_  
PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_  
Bankleitzahl \_\_\_\_\_  
Girokonto - Nr. \_\_\_\_\_  
Name des Kreditinstitutes \_\_\_\_\_

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