



AUFNAHMEANTRAG (assoziierte Mitgliedschaft)

Name _____ Vorname _____

Firma / Organisation/Beruf _____

Ansprechpartner _____ Durchwahl _____

PLZ / Wohnort _____ Strasse _____

Telefon _____ Telefax _____

E-Mail _____ Homepage _____

Assoziierte Mitgliedschaft

Firma / Organisation

freiwilliger Förderbeitrag Beitrag €

Ort, Datum _____ Unterschrift des Antragstellers _____

ERMÄCHTIGUNG ZUM EINZUG DES FREIWILLIGEN FÖRDERBEITRAGES DURCH LASTSCHRIFTVERFAHREN

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 e.V.

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: FFBDEFF

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 _____