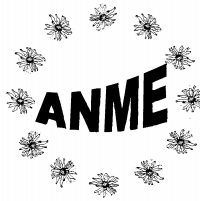


AUFNAHMEANTRAG



Association of Natural Medicine in Europe e.V.
Waldstr. 14, 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

Firma / Organisation
Einzelpersonen
freiwilliger Förderbeitrag

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

Bitte zutreffendes
ankreuzen ✎ x

Unsere Kontoverbindung erhalten Sie 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