



Postfach 700218
60552 Frankfurt am Main
Telefon: 069 / 713 778 86
Telefax: 069 / 713 778 86
info@reizdarmselfhilfe.de
www.reizdarmselfhilfe.de

**Arbeitsgemeinschaft Förderverein
Deutsche Reizdarmselfhilfe e.V.
Postfach 70 02 18**

60552 Frankfurt am Main

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt als Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Förderverein Deutsche Reizdarmselfhilfe e.V. Der Mitgliedsbeitrag beträgt 35,00 EURO pro Mitgliedsjahr. Die Mitgliedschaft verlängert sich jeweils um ein weiteres Jahr, sollten wir nicht 3 Monate vor Ablauf des Mitgliedsjahres Ihre schriftliche Kündigung erhalten.

Vorname und Name: _____

Straße: _____

PLZ und Ort: _____

Telefon/E-Mail: _____

SEPA-Lastschrift-Mandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE92ZZ100000571292

Ich ermächtige die Arbeitsgemeinschaft Förderverein Deutsche Reizdarmselfhilfe e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Arbeitsgemeinschaft Förderverein Deutsche Reizdarmselfhilfe e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. 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.

Name Kontoinhaber: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Kreditinstitut: _____

Ort, Datum

Unterschrift