



Förderverein
BUNDESVERBAND NIERE E.V.
Weberstraße 2
55130 Mainz

Antrag auf Mitgliedschaft im Förderverein des Bundesverband Niere e.V.

natürliche Person juristische Person

Vorname _____ Name _____

Institution _____

Straße, Nr. _____ PLZ, Ort _____

Telefon _____ E-Mail _____

Patientin / Patient Ärztin / Arzt Pflegepersonal Angehörige/r

Sonstige _____

Der Mitgliedsbeitrag beträgt zur Zeit

bei natürlichen Mitgliedern mindestens 60,00 Euro jährlich
für juristische Mitglieder mindestens 100,00 Euro jährlich

Ich zahle jährlich _____ Euro

Datum, Unterschrift _____

Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich widerruflich den Förderverein des Bundesverband Niere e.V., Weberstraße 2, 55130 Mainz, den jährlichen Mitgliedsbeitrag von folgendem Konto einzuziehen:

Konto-Inhaber _____

Konto-Nr. _____ Bankleitzahl _____ Institut _____

Datum und Unterschrift des Inhabers oder eines Bevollmächtigten _____