



BSG Medizin Dessau e.V.  
Auenweg 38  
06847 Dessau-Roßlau

www.bsg-medizin.de  
info@bsg-medizin.de

**Bankverbindung**  
Bank: Stadtparkasse Dessau  
IBAN: DE74 800 535 7200 3000 3232  
BIC: NOLADE21DES

# Aufnahmeantrag zur Mitgliedschaft

(Bitte deutlich in Druckbuchstaben ausfüllen)

## Angaben zur Mitgliedschaft

Ich beantrage / Wir beantragen die Mitgliedschaft bei der BSG Medizin Dessau als *(bitte ankreuzen)*

### Monatsbeitrag

- Familienmitgliedschaft Betrieb 13,00 €
- Einzelmitglied Erwachsene Betrieb 9,00 €
- Einzelmitglied Kinder u. Jugendliche 5,00 €
- Einzelmitglied Erwachsene Betriebsfremd 13,00 €
- Familienmitgliedschaft Betriebsfremde 22,00 €
- Einzelmitglied Förderer (mind. 50 €) ..... € *(Förderbeitrag eintragen)*

Für jedes neu eingetretene Mitglied ist eine **einmalige Verwaltungsgebühr** in Höhe von **5 Euro** zu entrichten.

## Angaben zur Person (Pflichtangaben)

Name: ..... Vorname: .....

Zusatzvermerk (Ortsteil): .....

Straße: ..... Hausnr.: .....

Postleitzahl: ..... Ort: .....

Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ): .....

Mitglied ab: ..... Sportart: .....

Telefon: .....

E-Mail: .....

## Angaben zu weiteren Mitgliedern

Die Familienmitgliedschaft soll auch für folgende Familienangehörige/Partner beantragt werden:

1.	Name / Vorname	Geburtsdatum
	Mitgliedsnummer <small>(Diese Nummer wird vom Verein ausgefüllt.):</small>	Sportart:
2.	Name / Vorname	Geburtsdatum
	Mitgliedsnummer <small>(Diese Nummer wird vom Verein ausgefüllt.):</small>	Sportart:
3.	Name / Vorname	Geburtsdatum
	Mitgliedsnummer <small>(Diese Nummer wird vom Verein ausgefüllt.):</small>	Sportart:



BSG Medizin Dessau e.V.  
Auenweg 38  
06847 Dessau-Roßlau

www.bsg-medizin.de  
info@bsg-medizin.de

Bankverbindung  
Bank Stadtparkasse Dessau  
IBAN DE74 800 535 7200 3000 3232  
BIC NOLADE21DES

## Angaben zum SEPA-Lastschriftmandat

(Bitte deutlich in Druckbuchstaben ausfüllen)

### Zahlungsempfänger

BSG Medizin Dessau e.V.  
Auenweg 38  
06847 Dessau-Roßlau

### Gläubigeridentifikationsnummer

DE60BSG00000290374

### Mandatsreferenznummer

(Diese Nummer wird vom Verein ausgefüllt):

Mitgliedsnummer								
-----------------	--	--	--	--	--	--	--	--

### Kontoinhaber

Name, Vorname
---------------

Straße, Haus-Nr.
------------------

PLZ, Ort
----------

Geldinstitut
--------------

IBAN	D	E																
------	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BIC									
-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--

### SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige / Wir ermächtigen BSG Medizin Dessau e.V., Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die von BSG Medizin Dessau e.V. auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

**Hinweis:** Ich kann / Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.\*

Zahlungsart (bitte ankreuzen)	<input type="radio"/> halbjährlich	<input type="radio"/> jährlich
-------------------------------	------------------------------------	--------------------------------

Ort, Datum, Unterschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)
---

Bitte vollständig ausgefülltes SEPA-Mandat mit dem Antrag persönlich abgeben oder per Post an o.g. Adresse schicken

Die Modalitäten zur Mitgliedschaft der BSG und zur BSG-Beitragszahlung entnehmen Sie bitte der Vereinssatzung und Beitragsordnung.

\* Bitte wenden Sie sich bei Fragen zu Ihrer Rechnungslegung zuerst an die BSG.

☎: +49 (340) 501-1177

Fax: +49 (340) 501-1021