



Angaben zur Mitgliedschaft

(Bitte deutlich in Druckbuchstaben ausfüllen)

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

Monatsbeitrag		Monatsbeitrag	
<input type="radio"/> Familienmitgliedschaft Betrieb	15,00 €	<input type="radio"/> Familienmitgliedschaft Senioren Betrieb	13,00 €
<input type="radio"/> Einzelmitglied Erwachsene Betrieb	11,00 €	<input type="radio"/> Einzelmitgliedschaft Senioren Betrieb	9,00 €
<input type="radio"/> Einzelmitglied Kinder u. Jugendliche	7,00 €		
<input type="radio"/> Einzelmitglied Erwachsene Betriebsfremd	15,00 €	<input type="radio"/> Einzelmitglied Senioren Betriebsfremd	13,00 €
<input type="radio"/> Familienmitgliedschaft Betriebsfremd	24,00 €	<input type="radio"/> Familienmitgliedschaft Senioren Betriebsfremd	22,00 €

Für jedes neu eingetretene Mitglied ist eine **einmalige Aufnahmegebühr/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 (Diese Nummer wird vom Verein ausgefüllt.): 	Sportart:
2.	Name / Vorname	Geburtsdatum
	Mitgliedsnummer (Diese Nummer wird vom Verein ausgefüllt.): 	Sportart:
3.	Name / Vorname	Geburtsdatum
	Mitgliedsnummer (Diese Nummer wird vom Verein ausgefüllt.): 	Sportart:



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
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

BIC
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

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

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.*

Zustimmung zum SEPA-Lastschriftmandat:	Ort, Datum, Unterschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)
---	---

Datenschutz	Vorstehende Daten werden nur für vereinsinterne Zwecke in einer automatischen Mitglieder- und Beitragsdatei gespeichert. Je nach Anforderungen werden Daten an die Verbände für deren Verwaltungs- und Organisationszwecke weitergeleitet. (Bsp.: BDS, DKV).
Zustimmung zur Speicherung, Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten.	Ort, Datum, Unterschrift des Vereinsmitgliedes

Bitte vollständig ausgefülltes SEPA-Mandat mit dem Antrag persönlich abgeben, per E-Mail 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