

Bitte zurücksenden an:  Dysphagie-Netzwerk-Südwest e.V. c/o Jennifer Meßmer (Kassenwartin) Hinter Wiesen 26 78250 Tengen	<b>Mitgliedsantrag</b> <b>Dysphagie-Netzwerk-Südwest</b> <b>für die Behandlung von</b> <b>Schluckstörungen</b> <b>bei Kindern und Erwachsenen e.V.</b> <b>Härtenweg 1, 88662 Überlingen</b> und <b>SEPA-Lastschrift-Mandat</b>	
	<i>vom Verein auszufüllen</i>	
	Beitritt am:	
	Mitgliedsnr.:	

<b>Name, Vorname</b>	
<b>Straße und Hausnr.</b>	
<b>PLZ, Wohnort</b>	
<b>Telefonnr.</b>	
<b>E-Mail</b>	
<b>Berufsgruppe</b>	

Hiermit beantrage ich meinen Beitritt als Mitglied  
 in den o.g. Verein gemäß § 3 der Satzung vom 17.01.2015  
 (auf [www.dysphagie-netzwerk-suedwest.de](http://www.dysphagie-netzwerk-suedwest.de))

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift

### Vereinsbeitrag /SEPA-Lastschrift-Mandat

Ich ermächtige das Dysphagie-Netzwerk-Südwest e.V., (Gläubiger-ID DE98DNS00001611218) direkt nach Beitritt und zukünftig jährlich im Januar den jeweils aktuellen Mitgliedsbeitrag (momentan 10,- €) von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Dysphagie-Netzwerk-Südwest e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Bei Austritt kann der bereits gezahlte Jahresbeitrag nicht zurückerstattet werden.

Hinweis: 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.

IBAN

BIC

bei Bank

Bei Spenden und Mitgliedsbeiträgen bis 200,- € erkennen die Finanzämter den Nachweis Ihrer Bank oder Sparkasse als Spendenbescheinigung an (z.B. Lastschrift- oder Einzahlungsbeleg, Kontoauszug). Sie benötigen keine weitere Bescheinigung vom Dysphagie-Netzwerk-Südwest e.V.

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift