

Beitrittserklärung

Kontakt: Rainer Simon, Präsident, Ulmbachstr. 23 a, 35753 Greifenstein
Tel.: 0160-4076600 oder 06053-61680 E-mail: simonrainer@t-online.de

Ich erkenne die aktuelle Fassung der Satzung des Vereins Boxringärzte.e.V. an und erkläre hiermit meinen Beitritt.

.....
Name, Vorname, Geburtsdatum

.....
Postleitzahl, Wohnort

.....
Straße, Hausnummer

.....
Telefon, Email

.....
Ort und Datum, Unterschrift

Hiermit schließe ich mich dem Verein Boxringärzte an. Für die effektive Abwicklung des Zahlungsverkehrs erteile ich dem Verein Boxringärzte e.V. eine Einzugsermächtigung. Die einmalige Aufnahmegebühr beträgt 20 Euro und ist bei Anmeldung durch Lastschrift einzuziehen.

Der Jahresbeitrag von derzeit 30 Euro wird im Januar jeden Jahres fällig und ist durch Lastschrift einzuziehen. ja nein zutreffendes ankreuzen

Kontoinhaber:.....

Kreditinstitut:.....

IBAN.....

.....
Ort und Datum, Unterschrift

Kontoverbindung
Boxringärzte e.V.
Volksbank Mittelhessen eG Gießen
IBAN: DE63 5139 0000 0081 3475 06
BIC: VBMHDE5FXXX