

## **Beitrittserklärung**

Ich erkläre hiermit meinen Beitritt zum Verein zur Förderung der Klinik für Rehabilitationsmedizin der Medizinischen Hochschule Hannover (e.V.). Der jährliche Mitgliedsbeitrag beläuft sich derzeit auf **20 €**. Falls Sie einen höheren Beitrag zahlen möchten, geben Sie bitte die jährliche Höhe an: \_\_\_\_\_ €

Vorname:	Nachname:
Straße, Hausnummer:	
PLZ, Ort:	
Geburtsdatum:	
E-Mail:	

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

-----

### **SEPA-Lastschriftmandat**

zugunsten des Vereins zur Förderung der Klinik für Rehabilitationsmedizin der Medizinischen Hochschule Hannover (e.V.), Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover, Gläubiger-Identifikationsnummer DE30ZZZ00001796160  
Die Mandatsreferenz wird bei Aufnahme vergeben und dem Mitglied mitgeteilt.

Ich ermächtige den Verein zur Förderung der Klinik für Rehabilitationsmedizin der Medizinischen Hochschule Hannover (e.V.), Zahlungen von meinem Konto mittels des SEPA-Lastschriftverfahrens einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verein zur Förderung der Klinik für Rehabilitationsmedizin der Medizinischen Hochschule Hannover (e.V.) auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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.

Kreditinstitut:
BIC:
IBAN: DE

Der Jahresbetrag wird zum 01. April jeden Jahres eingezogen, der Erstbetrag unmittelbar nach Eintritt.

Sollte mein Konto zum Zeitpunkt der Beitragseinziehung nicht die erforderliche Deckung aufweisen und entstehen dadurch dem Verein durch die Zahlungsverweigerung des Kontoführenden Instituts Kosten, werde ich diese auf Aufforderung unverzüglich erstatten.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift