

## Mitgliedsantrag

---

Hiermit beantrage ich die Aufnahme beim Zentrum für Adipositaschulung Bremen-Stadt e.V. als unterstützendes Mitglied.

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_ Postleitzahl, Wohnort \_\_\_\_\_

Telefon / Handy \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Durch die Unterschrift wird die Satzung des Vereins anerkannt. Die Satzung liegt im Zentrum aus.

Die Zusendung der Satzung wird erwünscht

Ich bin damit einverstanden, dass meine oben genannten Daten gemäß Bundesdatenschutzgesetz für das Zentrum im Rahmen der Mitgliederverwaltung gespeichert und vereinsintern verwendet werden.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

### Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich das Zentrum für Adipositaschulung Bremen-Stadt e. V. – ZABS e.V. - Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von ZABS e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

**Beitragshöhe**  Regelbetrag (5 €/Monat)  
 individueller Beitrag \_\_\_\_\_ €/Monat

**Zahlungsweise**  jährlich (März)  
 halbjährlich (März, Sep)

Kreditinstitut \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_ BIC \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift