# Alpha1 Netzwerk e.V.

## Beitrittserklärung

zum

Alpha1 Netzwerk e.V., Verband für Alpha1-Antitrypsinmangel Erkrankte,
gemeinnützige Vereinigung
Wiener Weg 4, 50858 Köln Telefon: 0221 - 500 75 - 35, Fax: 0221 - 50075 - 36

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Alpha1 Netzwerk e.V., Verband für Alpha1-Antitrypsinmangel Erkrankte. Mein jährlicher Mitgliedsbeitrag beträgt:

15 Euro ☐ 25 Euro ☐ 35 Euro ☐ ein anderer Betrag: _____ Euro

**Name:** _____ **Vorname:** _____

**Straße:** _____ **Plz/Ort:** _____

**Telefon:** _____ **Fax:** _____

**e-Mail:** _____ **Geburtsdatum:** _____

Die Mitgliedschaft verlängert sich jeweils um ein weiteres Jahr, wenn nicht spätestens drei Monate vor Ablauf des Kalenderjahres (30.09.) die schriftliche Kündigung erfolgt.

☐ Mit der Weitergabe meiner Anschrift und Telefonnummer an andere Vereinsmitglieder zum Zwecke der Kontaktaufnahme bin ich einverstanden.

### SEPA-Lastschriftmandat

**Name des Kontoinhabers:** _____ **Vorname:** _____

Ich ermächtige Alpha1 Netzwerk e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von Alpha1 Netzwerk 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.

**Name der Bank** _____

**Kontonummer** _____ **BLZ** _____

**IBAN** DE _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ **BIC** _ _ _ _ _ _ _ _ _ | _ _

**(Gläubiger-Identifikationsnummer DE56ZZZ00001334651, Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt)**

**Datum:** _____ **Unterschrift:** _____

**Bankverbindung Alpha1 Netzwerk:**
Commerzbank Köln - Kontonummer: 233 385400 Bankleitzahl: 370 400 44
IBAN: DE30370400440233385400 BIC: COBADEFFXXX