





Netzwerk Rauchen e.V.
Bundesgeschäftsstelle
Gewerbeschulstr. 16

67549 Worms

B u n d e s g e s c h ä f t s s t e l l e
Gewerbeschulstr. 16 - D - 6 7 5 4 9 W o r m s

Tel. 06241 / 38 500 24 m.loeb@netzwerk-rauchen.de
Fax 03212 / 10 2 22 36 www.netzwerk-rauchen.de
Mobil 01577 / 42 87 807 twitter.com/NetzwerkRauchen

Vereinsregister VR 40512 Amtsgericht Mainz

-  Den **Antrag** bitte entweder:
-  per **Post** an obige Adresse senden
 - oder
 -  per **Fax** an **03212 / 10 2 22 36**
 - oder
 -  per **E-Mail** an **mitglieder@netzwerk-rauchen.de**

Über den Aufnahmeantrag entscheidet der Bundesvorstand. Der Antrag kann ohne Angaben von Gründen abgelehnt werden.

Die Aufnahme wird per Brief oder E-Mail bestätigt.

Ihre Daten werden in jedem Fall vertraulich behandelt und nicht an Dritte weiter gegeben.

Aufnahmeantrag

Ich beantrage die Mitgliedschaft im Verein Netzwerk Rauchen e.V.. Ich erkenne die Satzung an und bin bereit den Mitgliedsbeitrag satzungsgemäß zu entrichten.

Bitte vollständig und leserlich ausfüllen. Die mit einem * gekennzeichneten Felder sind erforderlich.

<i>Firma, Organisation, Verband</i>	
<i>Anrede*</i>	
<i>Titel</i>	
<i>Nachname*</i>	
<i>Vorname(n)*</i>	
<i>Straße*</i>	
<i>PLZ*</i>	
<i>Ort*</i>	
<i>Staat (falls nicht Deutschland)*</i>	
<i>Geburtsdatum*</i>	
<i>Geburtsort</i>	
<i>Telefon</i>	
<i>Mobil</i>	
<i>Fax</i>	
<i>E-Mail*</i>	
<i>Beruf</i>	
<i>Benutzername Forum</i>	

Ort*

Datum*

Unterschrift*

SEPA-Basis-Lastschriftmandat (SEPA Direct Debit Mandate)
für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/SEPA Core Direct Debit Scheme
Wiederkehrende Zahlungen/Recurrent Payments

**Ich leiste folgenden Jahresbeitrag
zur Verteidigung meines Lebensstils:**

_____, ____ €*

* Der Mindestbeitrag beträgt laut Beschluß der Bundesmitgliederversammlung derzeit 24,00 €. Geringere Beiträge sind auf Antrag möglich. Über den Antrag entscheidet der Bundesvorstand. Der Jahresbeitrag wird erstmals zum Beginn der Mitgliedschaft fällig, dann jeweils innerhalb des Geschäftsjahres (Beginn 01.01.). Er wird im Lastschriftverfahren eingezogen. Der Termin wird zuvor angekündigt. Für Rücklastschriften müssen wir zur Kostendeckung eine Bearbeitungsgebühr von zusätzlichen 5,00 € erheben, für Zahlungen auf Rechnung 2,00 €.

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)	DE22ZZZ00000260212
Mandatsreferenz (ihre künftige Mitgliedsnummer)	

Ich/Wir ermächtige(n) Netzwerk Rauchen e.V. den Mitgliedsbeitrag von meinem/unserem Konto bis auf Widerruf zu Beginn meiner Mitgliedschaft und anschließend einmal jährlich mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von Netzwerk Rauchen e.V. auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.
Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

IBAN	
BIC	
Kreditinstitut	
Name des Zahlungspflichtigen	

Ort **Datum** **Unterschrift des Zahlungspflichtigen**

/ Bankverbindung / **Spendenkonto** / Netzwerk Rauchen e.V. / Gläubiger-ID DE22ZZZ00000260212 /
/ Volksbank Mittelhessen eG / BIC VBMHDE5FXXX / IBAN DE 8251390000070025809 /