

**Hiermit beantrage ich meine Mitgliedschaft im Landesverband
Fibromyalgie Verein Berlin - Brandenburg e.V.**

Name	Vorname
Straße	PLZ
Wohnort	Geb.- Datum
Telefon	Mobil
E-Mail	Beruf

Mitgliedschaft pro Kalenderjahr

Mitglied:	30,00 €	Familienangehöriger:	20,00 €
Fördermitglied:	50,00 €	Fördermitglied:	100,00 €
Für eine Mitgliedschaft aus dem Ausland beträgt der Mitgliedsbeitrag pro Kalenderjahr			40,00 €

Ein Kalenderjahr ist vom 1.1.-31.12. Es verlängert sich automatisch um ein weiteres Jahr, wenn nicht 3 Monate vor Ablauf des Kalenderjahres gekündigt wird. Die Kündigung hat schriftlich zu erfolgen. Diese ist dem Landesverband Fibromyalgie Verein Berlin-Brandenburg e.V. per Post zuzusenden. Per Telefon oder E-Mail zu kündigen ist unzulässig. Der Beitrag für das laufende Jahr ist bis zum 31.3. des Jahres zu entrichten. Tritt eine Person dem Verein in den letzten 3 Monaten eines Jahres bei, so beträgt der Mitgliedsbeitrag 10,00 € und ist sofort zu entrichten. Wir sind unter der Steuernummer 051/140/10512 beim Finanzamt Nauen als gemeinnütziger Verein eingetragen. Wir sind berechtigt, Spendenquittungen auszustellen. Im Vereinsregister Potsdam sind wir unter der Nummer VR. Nr. 9123 P eingetragen. Bitte den Originalantrag des LVB einreichen.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten für vereinsinterne Zwecke elektronisch gespeichert werden und ausschließlich zu Zwecken entsprechend der gültigen Vereinssatzung verwendet werden.

Cornelia Hennefuß und Karin Klemme

IBAN DE56 1604 0000 0471 3129 00
Commerzbank AG

Verwendungszweck: Mitgliedsbeitrag für ...2020

Datum: _____ **Unterschrift:** _____

SEPA- Lastschriftmandat

Gläubiger- Identifikationsnummer:

Mandatsreferent: (Ihre Mitgliedsnummer)

Hiermit ermächtige ich den Landesverband Fibromyalgie Verein Berlin Brandenburg e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Der Jahresbeitrag wird am 1. 1. jeden Jahres fällig und wird von der dafür zuständigen Kollegin eingezogen. Dafür gelten die Bestimmungen des Geldinstitutes, mit denen wir einen Vertrag haben.

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

Konto Inhaber/in _____ IBAN: _____

Datum: _____ Unterschrift (Kontoinhaber) _____