

**Hiermit beantrage ich meine Mitgliedschaft im Landesverband  
Fibromyalgie Verein Berlin - Brandenburg e.V. ab dem 01.01. ....**

---

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

**Mitgliedschaft pro Kalenderjahr**

Mitglied:	30,00 €	Familienangehöriger bei gleicher Adresse:	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 um 31.3. des Jahres zu entrichten. Wir sind unter der Steuernummer 051/140/10512 beim Finanzamt Nauen als gemeinnütziger Verein eingetragen. Wir sind berechtigt Spendenquittungen auszustellen. Im Vereinsregister in Potsdam sind wir unter der Nummer VR. Nr. 9123 P eingetragen. Bitte den Original Antrag 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.**

Landesverband Fibromyalgie  
Verein Berlin Brandenburg e.V

IBAN: DE56 1604 0000 0471 3129 00

Commerzbank

**Verwendungszweck: Mitgliedsbeitrag LV Fibromyalgie**

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 01.01. jeden Jahres fällig und wird von der dafür zuständigen Kollegin eingezogen. Dafür gelten die Bestimmungen des Geldinstituts mit denen wir einen Vertrag haben.

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

Konto Inhaber/in \_\_\_\_\_ IBAN: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift (Kontoinhaber) \_\_\_\_\_