

**Selbsthilfegruppe  
Familiäre Zystennieren e.V.**

Quittenweg 18, 90768 Fürth

☎ 0911 – 9779 6018

Email: [Zystennieren.shg@t-online.de](mailto:Zystennieren.shg@t-online.de)

**Beitrittserklärung** (jährlicher Mitgliedsbeitrag € 14,00)

**Beitrittserklärung für Familien** (jährlicher Mitgliedsbeitrag € 20,00)

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	
Telefon	Email- Adresse
Name, Vorname (Ehegatte)	Geburtsdatum
Name, Vorname (Kind)	Geburtsdatum
Name, Vorname (Kind)	Geburtsdatum

Die Beitragszahlung zur Mitgliedschaft bei der Selbsthilfegruppe Familiäre Zystennieren e.V. ist lt. Mitgliederbeschluss vom 25.11.2004 nur noch per Einzugsermächtigung möglich.  
Bitte haben Sie dafür Verständnis.

Hiermit erkläre ich/wir den Beitritt zur Selbsthilfegruppe Familiäre Zystennieren e. V.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**SEPA-Lastschriftmandat (Einzugsermächtigung)**

Gläubiger-Identifikationsnummer DE12ZZZ00000317622	Mandatsreferenz
---	-----------------

Ich ermächtige die Selbsthilfegruppe Familiäre Zystennieren e.V., Zahlungen (Mitgliedsbeitrag) von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Selbsthilfegruppe Familiäre Zystennieren 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. Die Abbuchung des jährlichen Mitgliedsbeitrags erfolgt ab 2014 immer **zum 15. März** des laufenden Jahres. (Einzelmitgliedsbeitrag 14,00 Euro / Familienbeitrag 20,00 Euro)

Kontoinhaber (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)	
Kreditinstitut	
BIC1	IBAN

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

1 Hinweis: Ab 01.02.2014 kann die Angabe des BIC entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt.