



## Beitrittserklärung in das Traumhilfe Netzwerk Augsburg & Schwaben e. V.

Aufnahme als  ordentliches Mitglied  förderndes Mitglied  
(ohne Stimmrecht)

• **Angaben zum Mitglied als**

Institution .....

Persönliche/r AnsprechpartnerIn:.....

**oder**

Privat Person: Vorname..... Name.....

Geburtsdatum.....

Beruf .....

Tätigkeit (gegebenenfalls)

in eigener Praxis  Gemeinschaftspraxis  Institution .....

• **Anschrift des Mitglieds**

Straße, Haus-Nr. ....

PLZ, Ort .....

Telefon ..... Fax .....

e-mail ..... Website .....

Mit dem Beitritt zum Traumhilfe Netzwerk Augsburg & Schwaben e. V. verpflichte ich mich, die Ethik-Leitlinien einzuhalten und die Satzung des Vereins anzuerkennen.

-----  
Datum

-----  
**rechtsgültige Unterschrift (Stempel)**

**Bitte Seite 2 beachten!!!!**

Der Vorstand hat dem Beitritt zugestimmt:

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

**SEPA-Lastschriftmandat**  
für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren

**Wiederkehrende Zahlungen**

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)  
Traumahilfe Netzwerk Augsburg & Schwaben e.V.  
Stenglinstr. 7  
86156 Augsburg

Gläubiger-Identifikationsnummer  
DE39ZZZ00000630349

Mandatsreferenz (wird nachträglich vom Gläubiger eingetragen)

Ich ermächtige den Traumahilfe Netzwerk Augsburg & Schwaben e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Traumahilfe Netzwerk Augsburg & Schwaben 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.

**Kontoinhaber** (Vorname, Name, Straße, Ort):

**Kreditinstitut:**

**BIC:**

**IBAN: DE**

-----  
Datum

-----  
**rechtsgültige Unterschrift des Kontoinhabers (Stempel)**