

Selbsthilfe Schlafapnoe in Essen e.V.

Gemeinnützige Körperschaft des öffentlichen Rechts



Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage ich die Aufnahme als Mitglied in die **Selbsthilfe Schlafapnoe in Essen e.V.**

Name	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>								
Straße	<input type="text"/>	Beruf	<input type="text"/>								
PLZ/Ort	<input type="text"/>	geb. am	<table border="1"><tr><td>Tag</td><td>Monat</td><td colspan="2">Geburtsjahr</td></tr><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table>	Tag	Monat	Geburtsjahr		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tag	Monat	Geburtsjahr									
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>								
Telefon	<input type="text"/>	Mobil	<input type="text"/>								
Krankenkasse	<input type="text"/>	Beginn der Mitgliedschaft	<table border="1"><tr><td>Tag</td><td>Monat</td><td>Jahr</td></tr><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table>	Tag	Monat	Jahr	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Tag	Monat	Jahr									
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>									

Falls Sie regelmäßige Kurzinformationen bzw. Einladungen zu unseren Infoabenden per E-Mail wünschen, geben Sie uns bitte Ihre E-Mail-Adresse an.

Der Jahresbeitrag beträgt zurzeit 30,00 € /Jahr für ordentliche Mitglieder. Fällig wird der anteilige Beitrag mit dem Aufnahmeantrag für das Restjahr, mindestens jedoch 10,00 €. Doppelmitgliedschaft mit anderer Selbsthilfe Schlafapnoe 17,00 € /Jahr. Empfänger von Arbeitslosengeld II, Sozialgeld und Hartz IV, Ehepartner von Mitgliedern 7,00 € /Jahr. Es kann auch eine fördernde Mitgliedschaft erworben werden. Den Jahresbeitrag werde ich zukünftig **im Januar**, den jetzt fälligen Beitrag sofort, durch Überweisung zahlen an:

Empfänger:	SH Schlafapnoe in Essen e.V.
Kto. Nr. des Empfängers:	5 009 089
Bank:	Sparkasse Essen, BLZ 360 501 05
IBAN:	DE69 3605 0105 0005 0090 89
BIC:	SPESDE3EXXX
Verwendungszweck:	Jahresbeitrag (oder / und) Spende

Ich wünsche die Zusendung einer Zuwendungsbescheinigung

Ich bitte um die kostenfreie, regelmäßige Zusendung des „Schlafmagazins“ und bin damit einverstanden, dass meine Anschrift für diese Zwecke weitergeleitet werden darf.

Durch meine Unterschrift erkenne ich die Satzung des Vereins an. Die Satzung enthält eine Anlage mit einer Datenschutzerklärung. Die Erklärung informiert darüber, welche Daten des Mitgliedes der Verein zu welchen Zwecken speichert und verarbeitet. Die Datenschutzerklärung beinhaltet auch die „Informationspflicht bei Erhebung von personenbezogenen Daten bei der betroffenen Person“ gemäß Artikel 13 DSGVO. Nach Artikel 6, Abs. 1, lit. b) DSGVO ist die Verarbeitung personenbezogener Daten rechtmäßig, wenn diese für die Erfüllung eines Vertragsverhältnisses – hier: Mitgliedschaft im Verein – erforderlich sind.

Datum:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Unterschrift:

Selbsthilfe Schlafapnoe in Essen e.V.
c/o Kurt Gethmann
Altenessener Straße 377
D-45326 Essen

Bankverbindung:
Sparkasse Essen
Konto-Nr.: 500 908 9
BLZ.: 360 501 05

IBAN: DE69 3605 0105 0005 0090 89
BIC: SPESD3EXXX

Sitz des Vereins:
Essen VR 3447
Steuer-Nummer:
112/5750/1294



Wir haben die Selbstverpflichtungserklärung der Initiative Transparente Zivilgesellschaft unterschrieben, in der wir uns dazu verpflichten, zehn präzise benannte, relevante Informationen über uns leicht auffindbar der breiten Öffentlichkeit zugänglich zu machen.

Laut Freistellungsbescheid des Finanzamtes Essen vom 13.05.2015 ist unser Verein berechtigt für Spenden, die uns zur Verwendung für den Vereinszweck zugewendet werden und Mitgliedsbeiträge Zuwendungsbestätigungen auszustellen (§ 50 Abs 1 EStDV).

SEPA-Überweisung

Für Überweisungen innerhalb des SEPA-Raumes. Der Überweisende trägt die Entgelte des eigenen Kreditinstituts und der Begünstigte der Zahlung trägt die übrigen Entgelte.

Sie können diesen neutralen Vordruck am Computer mit Hilfe von Adobe Acrobat Reader ausfüllen und anschließend auf einem Farbdrucker ausdrucken. Danach schneiden Sie ihn in der nummerierten Reihenfolge entlang der Schnittlinien aus. Den oberen Teil geben Sie bei Ihrer Bank ab, den unteren Teil behalten Sie für Ihre Unterlagen. Dazu können Sie den Beleg entweder noch auf die gleiche Größe zuschneiden, wie das Überweisungsformular, oder Sie lassen den linken Teil mit den angedeuteten Heftlöchern stehen, damit Sie beim Lochen nicht in den bedruckten Teil lochen müssen. **Wichtig: Beim Ausdruck keine Seitenpassung/Zoom zulassen, sondern im Maßstab 100% bzw. "Tatsächliche Größe" drucken!**

1 ↓

2 →

SEPA-Überweisung / Zahlschein

Name und Sitz des überweisenden Kreditinstituts		BIC	Für Überweisungen in Deutschland und in andere EU- / EWR-Staaten in Euro.	
Begünstigter / Zahlungsempfänger: Name, Vorname/Firma (max. 27 Stellen, bei maschineller Beschriftung max. 35 Stellen)				
SH Schlafapnoe in Essen e.V.				
IBAN des Begünstigten (max. 34 Stellen)				
DE69 3605 0105 0005 0090 89				
BIC (SWIFT-Code) des Kreditinstituts des Begünstigten (8 oder 11 Stellen)				
SPESDE3EXXX				
Betrag: Euro, Cent				
Kunden-Referenznummer - Verwendungszweck, ggf. Name und Anschrift des Überweisenden - (nur für Begünstigten)				
Mitgliedsbeitrag / Spende				
noch Verwendungszweck (insgesamt max. 2 Zeilen à 27 Stellen, bei maschineller Beschriftung max. 2 Zeilen à 35 Stellen)				
Kontoinhaber / Zahler: Name, Vorname/Firma, Ort (max. 27 Stellen, keine Straßen- oder Postfachangaben)				
IBAN				
08				
Datum		Unterschrift		

5 ↓

3 →

Beleg für Kontoinhaber / Zahler-Quittung

Name und Sitz des überweisenden Kreditinstituts		BIC	Für Überweisungen in Deutschland und in andere EU- / EWR-Staaten in Euro.	
Begünstigter / Zahlungsempfänger: Name, Vorname/Firma (max. 27 Stellen, bei maschineller Beschriftung max. 35 Stellen)				
SH Schlafapnoe in Essen e.V.				
IBAN des Begünstigten (max. 34 Stellen)				
DE69 3605 0105 0005 0090 89				
BIC (SWIFT-Code) des Kreditinstituts des Begünstigten (8 oder 11 Stellen)				
SPESDE3EXXX				
Dieses Formular ist ein Service von www.iban-rechner.de				
Betrag: Euro, Cent				
Kunden-Referenznummer - Verwendungszweck, ggf. Name und Anschrift des Überweisenden - (nur für Begünstigten)				
Mitgliedsbeitrag / Spende				
noch Verwendungszweck (insgesamt max. 2 Zeilen à 27 Stellen, bei maschineller Beschriftung max. 2 Zeilen à 35 Stellen)				
Kontoinhaber / Zahler: Name, Vorname/Firma, Ort (max. 27 Stellen, keine Straßen- oder Postfachangaben)				
IBAN				
II				
Datum				

Dies ist eine automatisch erstellte Kopie ohne Unterschrift.

Wichtige Hinweise:

Dieses Formular entspricht den "Richtlinien für einheitliche Zahlungsvordrucke (2009)", sofern Ihr Farbdrucker die Farben korrekt wiedergibt und Sie kein Recyclingpapier verwenden (80g/m²). Leider können das nicht alle Farbdrucker. Vergleichen Sie daher zumindest einmal den Ausdruck mit einem Formular Ihrer Bank. Wenn es hinreichend gut an die Farben des Bankformulars kommt, sollte die Bank es akzeptieren. Drucken Sie das Formular auf keinen Fall nur im Schwarz-Weiß-Druck aus, sonst kann es nicht maschinell verarbeitet werden. Dieses Formular wird Ihnen vom Autor oder dem jeweiligen Anbieter kostenlos zur Verfügung gestellt. Eine Veröffentlichung oder sonstige Verbreitung ist nur mit schriftlicher Genehmigung des Autors und nur unentgeltlich erlaubt. Das Formular wird wie es ist und ohne Gewähr oder Garantien zur Verfügung gestellt. Nutzung nur auf eigene Gefahr.

4 →

Dieses Formular wurde ausgefüllt und ausgedruckt mit einem Überweisungsscanner einer deutschen Bank erfolgreich hinsichtlich Maschinenlesbarkeit getestet.

Dieses Formular ist für den Anbieter www.iban-rechner.de vom Autor lizenziert worden. Eine Veröffentlichung auf anderen Seiten im Internet oder in anderen Medien ist untersagt.