

An die  
Patienten-Initiative e.V.  
Alsterdorfer Markt 8  
22297 Hamburg

### **Aufnahmeantrag 2016**

Ich möchte Fördermitglied in der Patienten-Initiative e.V. werden!

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geburtstag \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ PLZ + Ort \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Der jährliche Mitgliedsbeitrag beträgt € 50,- und ist wie jede weitere Spende von der Steuer abzugsfähig. Der Beitrag ist jährlich zum 1. März fällig. Wir versichern, die Daten streng vertraulich zu behandeln und nicht an Dritte weiter zu geben.

Ich ermächtige die Patienten-Initiative e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Patienten-Initiative e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. **Hinweis:** Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Die Gläubiger-Identifikationsnummer der Patienten-Initiative e.V. lautet:

**DE95ZZZ00000243960**

Ihre Mandats-Referenz-Nr. lautet: \_\_\_\_\_  
(von der Patienten-Initiative e.V. auszufüllen)

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

Bank: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Kontoinhabers

**Wichtig! Mandat nur gültig mit Datum und Unterschrift.**