

ANTRAG AUF MITGLIEDSCHAFT

Per Mail: info@akademie-geburtshaeuser.de

Per Post: Akademie des Netzwerks der Geburtshäuser, Villenstraße 6, 53129 Bonn

**Ich möchte Mitglied der Akademie des Netzwerks der Geburtshäuser e.V. werden.
Ich erkenne die Satzung des Vereins an und unterstütze seine Ziele.**

Name, Vorname:	
Anschrift:	
Organisation:	
Telefon/Email:	

- Ich ermächtige die **Akademie des Netzwerks der Geburtshäuser e.V.**, Villenstraße 6, 53129 Bonn, Gläubiger-Identifikationsnummer **DE12ZZZ00002306413**, den **Mitgliedsbeitrag** in Höhe von **50,00 Euro / Jahr**

in diesem Jahr ab dem und ab dem kommenden Jahr zum 31.03. von meinem unten genannten Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

IBAN: DE	_ _	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _
----------	-----	---------	---------	---------	---------	-----

Zugleich weise ich mein Geldinstitut an, die von der Akademie des Netzwerks der Geburtshäuser eingezogene Lastschrift einzulösen. Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Datum der Kontobelastung, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten die mit meinem Geldinstitut vereinbarten Bedingungen.

Die **Akademie des Netzwerks der Geburtshäuser e.V.** wird mir die Mandatsreferenznummer mit dem ersten Lastschrifteinzug mitteilen. Als Mandatsdatum wird das Datum meiner Unterschrift verwendet.

Ort, Datum

Unterschrift Kontoinhaber*in