

Spendenerklärung (bitte ankreuzen/ausfüllen):

Ich möchte die Arbeit des Vereins zur Förderung des Matthias-Grünwald-Therapeutikums Würzburg e.V. unterstützen

Spende € einmalig vierteljährlich halbjährlich jährlich

Beitrittserklärung (bitte ankreuzen/ausfüllen):

Ich beantrage die Mitgliedschaft im Verein zur Förderung des Matthias-Grünwald-Therapeutikums Würzburg e.V., Postfach 3106, 97041 Würzburg

Mitgliedsbeitrag: € 66,00 (Richtsatz/Jahr) €/Jahr

als Jahresbeitrag als Halbjahresbeitrag als Vierteljahresbeitrag

Ich erteile ein Lastschriftmandat Ich zahle per Dauerauftrag

Sie erhalten für Ihre Spende / Ihren Mitgliedsbeitrag eine Zuwendungsbestätigung.

Durch Ihre Mitgliedschaft sind Sie auch Mitglied im Verein *gesundheit aktiv. anthroposophische heilkunst e.v.* Gneisenastr. 42, 10961 Berlin, www.gesundheit-aktiv.de

Ich wünsche die kostenlose Zusendung der 4x jährlich erscheinenden Zeitschrift *point* des Vereins *gesundheit aktiv*. ja nein

Name / E-Mail:

Straße/PLZ/Ort: Tel:

Datum / Unterschrift:

Ihre Daten werden nur für vereinsinterne Zwecke gespeichert und nicht an Dritte weitergegeben.

Konto für Mitgliedsbeiträge und Spenden: Kto.Nr. 71 55 73 BLZ 790 500 00
IBAN: DE13 7905 0000 0000 7155 73 BIC: BYLADEM1SWU

Spenden für Therapie- und Sozialfonds: Kto.Nr. 380 100 982 BLZ 790 500 00
IBAN: DE95 7905 0000 0380 1009 82 BIC: BYLADEM1SWU

SEPA-Lastschriftmandat (bitte ankreuzen/ausfüllen):

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers: Verein zur Förderung des Matthias-Grünwald-Therapeutikums Würzburg e. V., Postfach 3106, 97041 Würzburg

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE58ZZZ00000136374

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):.....

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann / Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung Einmalige Zahlung

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

Straße / PLZ / Ort:

IBAN des Zahlungspflichtigen:

BIC:

Ort / Datum / Unterschrift:

Ihre Daten werden nur für vereinsinterne Zwecke gespeichert und nicht an Dritte weitergegeben.