



# Beitrittserklärung



**Ich erkläre meinen Beitritt zur Schlafapnoe Selbsthilfe Mainz & Umgebung e.V. gemäß gültiger Satzung und verpflichte ich mich zur Zahlung des jährlichen Beitrages. Einzelmitgliedschaft z. Z. 36.- € | Familienmitgliedschaft z. Z. 48.-- €**

---

Vorname

Geburtsdatum

Nachname

Straße

Wohnort

PLZ

Telefon

e-Mail

Ort/Datum

Unterschrift

---

## Beitragseinzug / SEPA-Basislastschriftmandat

Ich/Wir ermächtigen die Schlafapnoe Selbsthilfe Mainz und Umgebung e.V. (**Gläubiger-Ident.-Nr. DE 73ZZZ00001141509**) widerruflich, den jeweils geltenden Jahresbeitrag, Einzelbeitrag/Familienbeitrag (Nichtzutreffendes streichen) durch Lastschrift von meinem/unserem Konto einzuziehen. Der Betrag wird jährlich im Voraus eingezogen.

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.

Kontoinhaber/Zahlungspflichtiger (Vorname, Name, Straße; Hausnummer, PLZ Wohnort)

Kreditinstitut

**DE**

IBAN

Ort Datum

Unterschrift Kontoinhaber/in

---

Geschäftsstelle:  
Welschstrasse 15; 65189 Wiesbaden  
Tel.: 0611-88027271; Fax: 0611-88027135  
E-Mail: schlafapnoe-Mainz@gmx.de

Bankverbindung:  
Mainzer Volksbank e.G.  
IBAN: DE11551900000543685010  
BIC: MVBMD55XXX