

BFE BundesFachverband Essstörungen e.V.



Bitte per Fax 089 / 21 99 73 23 oder per Post an:

BFE
BundesFachverband
Essstörungen e.V.
Pilotystr. 6 / Rgb.
D - 80538 München

A U F N A H M E A N T R A G
für stationäre Einrichtungen

Hiermit beantragen wir die Aufnahme als ordentliches Mitglied des BundesFachverband Essstörungen e.V.

ANTRAGSTELLER

Einrichtung: _____

Straße/Nr.: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

Fax: _____

E-Mail: _____

Homepage: _____

Ansprechpartner (Name, Vorname): _____

Die Satzung des BundesFachverbandes Essstörungen e.V. erkenne ich an.

Auf den Beginn der Beitragspflicht mit Bekanntgabe der Aufnahme bin ich hingewiesen worden. Der Mitgliedsbeitrag von 900- Euro/Anno für ordentliche Mitglieder und wird per Einzugsermächtigung (bitte ausfüllen) eingezogen.

Ort, Datum:

Unterschrift:

Ermächtigung zum Einzug von Forderungen mittels Lastschrift

Hiermit ermächtige ich den BundesFachverband Essstörungen e.V. widerruflich, die von mir zu entrichtende Summe gemäß meiner Mitgliedschaft zu Lasten meines Kontos mittels Lastschrift einzuziehen. Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung.

Kreditinstitut:

Bankleitzahl: Kontonummer:

Ort/Datum:

Unterschrift:
