

Aufnahmeantrag

An den Vorstand des
MRSAPLUS Netzwerk Lübeck e.V.
c/o Gesundheitsamt der Hansestadt Lübeck
Frau Julia Schiffner
Sophienstr. 2-8
23560 Lübeck
Fax: 0451/1225398
Email: infektionsschutz@luebeck.de

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in das MRSAPLUS Netzwerk Lübeck e.V. mit Sitz in Lübeck.

Unsere/ Meine Daten:

(Titel, Vor- und Zuname)

(Institution //wenn zutreffend//)

(Straße und Hausnummer)

(Postleitzahl und Ort)

Einzugsermächtigung:

Zahlungsempfänger: MRSAPLUS Netzwerk Lübeck e.V.
Gläubiger Identifikationsnummer: DE80ZZZ00002037566

Mandatsreferenz (wird nach Rückgabe des ausgefüllten SEPA-Lastschriftmandats vergeben, um bei jeder Abbuchung den Verwendungszweck meinem Kontoauszug zu entnehmen).

Ich ermächtige den MRSAPLUS Netzwerk Lübeck e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom MRSAPLUS Netzwerk Lübeck e.V. auf mein Konto bezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

IBAN: DE __ | ____ | ____ | ____ | _____ | /

Kreditinstitut: _____

Falls Kontoinhaber(in) und Zahlungspflichtige(r) voneinander abweichen, wird folgendes ergänzend mitgeteilt:

(Vor- und Zuname der abweichenden Kontoinhaber/
des abweichenden Kontoinhaber(s))

(Straße und Hausnummer)

(Postleitzahl und Ort)

Die/Der Zahlungspflichtige hat die Kontoinhaber(in)/den Kontoinhaber über die Höhe und Fälligkeitstermine der Zahlungen zu informieren.

(Ort, Datum und Unterschrift des Antragstellers)