



## Firmenfördermitgliedschaft

Wir beantragen unsere Fördermitgliedschaft ab dem Jahr \_\_\_\_\_

Firma: .....

Ansprechpartner: .....

Straße: .....

PLZ: ..... Ort: .....

Bundesland: .....

Telefon: ..... Fax: .....

E-Mail: ..... Homepage: .....

### **Firmenfördermitgliedschaft pro Kalenderjahr**

Firmenfördermitgliedschaft:       500 €       1.000 €       2.500 €       5.000 €  
*Bitte ankreuzen!*

Die Mitgliedschaft gilt für das laufende Kalenderjahr (vom 01.01.-31.12.) und verlängert sich jeweils um ein Jahr, wenn nicht **3 Monate vor Jahresende gekündigt** wird (bis spätestens 30. September Eingang in der Geschäftsstelle der DFV e.V.).

Der Jahresbeitrag ist kalenderjährlich zahlbar. Er wird zu Beginn des Jahres fällig oder sofort nach Eintritt.

Die Deutsche Fibromyalgie Vereinigung (DFV) e.V. ist unter der Nr. VR 450165 im Vereinsregister des Amtsgerichtes Mannheim eingetragen. Wir sind unter der Steuer-Nr. 40004/02079 beim Finanzamt Mosbach als gemeinnütziger Verein anerkannt und sind berechtigt über Zuwendungen im Sinne des § 10 b des Einkommensteuergesetzes Spendenquittungen auszustellen.

Wir sind damit einverstanden, dass unsere Daten für vereinsinterne Zwecke elektronisch gespeichert und ausschließlich zu Zwecken entsprechend der Vereinssatzung verwendet werden.

Die Informationen der DFV e.V. gemäß Artikel 13 Datenschutz-Grundverordnung, Stand Mai 2018, habe ich zur Kenntnis bzw. zu meinen Unterlagen genommen (**Bitte ankreuzen**).

Datum: \_\_\_\_\_

Stempel/Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Bitte Rückseite ausfüllen!**

## SEPA-Lastschriftmandat

**Gläubiger-Identifikationsnummer:** DE66DFV00000243803

**Mandatsreferenz:** (=Mitgliedsnummer, wird noch mitgeteilt)

Wir ermächtigen den Bundesverband Deutsche Fibromyalgie Vereinigung (DFV) e.V. Zahlungen von unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Bundesverband Deutschen Fibromyalgie Vereinigung (DFV) e.V. auf unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

\_\_\_\_\_  
KontoinhaberIn

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ und Ort

IBAN: \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_

Name des Kreditinstituts: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel/Unterschrift (KontoinhaberIn)

Mitgliedsnummer:

Daten erfasst: