

## BEITRITTSERKLÄRUNG

<b>Name, Vorname:</b>	
<b>Anschrift:</b>	
<b>Geburtsdatum:</b>	

Ich beantrage den Beitritt zum „Verein zur Förderung des Beruflichen Schulzentrums für Gesundheit und Sozialwesen Dresden e.V.“.

**Ich verpflichte mich zur Zahlung eines Mitgliedsbeitrages in Höhe von 15,00 Euro pro Kalenderjahr.**

**Bitte überweisen Sie den Mitgliedsbeitrag auf das nachstehend aufgeführte Konto.**

Förderverein des BSZ Gesundheit und Sozialwesen  
Dt. Apotheker und Ärztebank  
IBAN: DE51 3006 0601 0008 4067 15  
BIC: DAAEDEDXXX  
Verwendungszweck: Mitgliedsbeitrag / Jahr

Nach erfolgter Einzahlung (bis Ende des laufenden Geschäftsjahres) senden Sie bitte einen Quittungsbeleg an das

BSZ Gesundheit und Sozialwesen  
Förderverein des BSZ  
Maxim-Gorki-Straße 39  
01127 Dresden

**Es besteht auch die Möglichkeit einer Einzugsermächtigung mit SEPA-Mandat. Falls Sie diese Möglichkeit nutzen wollen, erteilen Sie uns bitte die nachfolgend aufgeführte Ermächtigung.**

Hiermit ermächtige ich den „Verein zur Förderung des Beruflichen Schulzentrums für Gesundheit und Sozialwesen Dresden e.V.“ widerruflich, die von mir zu entrichtenden Mitgliedsbeiträge in Höhe von 15,00 Euro einmal jährlich bei Fälligkeit zu Lasten meines nachstehend aufgeführten Kontos einzuziehen.

<b>Kontoinhaber:</b>	
<b>Name der Bank:</b>	
<b>IBAN:</b>	
<b>BIC:</b>	

Ort

Datum

Unterschrift