

Mitgliedsantrag

Christlicher Verein zur gesundheitlichen Förderung e.V. (CVGF)

Hiermit beantrage ich

Herr Frau Firma/Verein/Einrichtung² _____

Name, Vorname*² _____

Straße+Hausnr.* _____ Geburtsdatum* _____

PLZ, Ort* _____

Email* _____ Telefon _____

Bitte geben Sie nachfolgend an, zu welchem Verein/welcher Einrichtung Sie gehören:

ab dem **01.____.201_**

die Aufnahme als förderndes Mitglied in den *Christlichen Verein zur gesundheitlichen Förderung e.V.* .

Jahresbeiträge (*zutreffendes bitte ankreuzen*) – *Abbuchung per SEPA-Lastschrift*

- | | | |
|---|-----------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> Erwachsene Fördermitglieder <i>Single-Mitgliedschaft</i> | <i>jährlich</i> | 36,00 € |
| <input type="checkbox"/> Erwachsene Fördermitglieder <i>Familien-Mitgliedschaft</i> | <i>jährlich</i> | 36,00 € |
| <i>Ehepartner und Kinder können beitragsfrei Mitglied werden und Leistungen des Vereines nutzen; ab dem 25. Lebensjahr erfolgt bei beitragsfreien Kindern die Umstellung in eine Einzelmitgliedschaft</i> | | |
| <input type="checkbox"/> Vereine, gemeinnützige Einrichtungen und Firmen | <i>einmalig</i> | 99,00 € ⁴ |
| Die Mitarbeiter/Mitglieder zahlen erst ab dem 2. Jahr die Hälfte des normalen Beitrages ⁵ | | |

Die aktuelle Satzung³ habe ich zur Kenntnis genommen. Vorteile, die der Verein mir bietet, bekomme ich mitgeteilt bzw. kann diese unter www.cvgf.de finden.

Ort, Datum _____

Unterschrift des Mitglieds _____

Weitere Angaben zu beitragsfrei mitversicherten Familienangehörigen (bitte Email-Adresse angeben, wenn Infos des Vereins, z.B. Gesundheitstipps etc. auch an Familienangehörige gesendet werden sollen). Eine Nachmeldung von Familienangehörigen oder eine Änderung von Single-Mitgliedschaft auf Familien-Mitgliedschaft ist jederzeit möglich.

Ehepartner Herr Frau Name, Vorname _____

Geburtsdatum* ____ . ____ . ____ Email _____ Zusendung Infos

1. Kind Herr Frau Name, Vorname _____

Geburtsdatum* ____ . ____ . ____ Email _____ Zusendung Infos

2. Kind Herr Frau Name, Vorname _____

Geburtsdatum* ____ . ____ . ____ Email _____ Zusendung Infos

3. Kind Herr Frau Name, Vorname _____

Geburtsdatum* ____ . ____ . ____ Email _____ Zusendung Infos

4. Kind Herr Frau Name, Vorname _____

Geburtsdatum* ____ . ____ . ____ Email _____ Zusendung Infos

Bei mehr als 4 Kindern bitte auf Extra-Blatt ergänzen oder 2. Antrag nehmen – eine Nachmeldung ist jederzeit möglich

Von diesem Mitgliedsantrag hat sich das Mitglied eine Kopie behalten. Die Bestätigung erfolgt kurzfristig an die Email-Adresse des Mitglieds.

^{*} Angaben zwingend erforderlich, Kommunikation erfolgt i.d.R. per Email bzw. in Zukunft auch per Internetportal unter www.cvgf.de

² Firmen, Einrichtungen, Vereine etc. geben ihren Namen neben dem Kreuz an und den Ansprechpartner unter Name, Vorname.

³ Die jeweils gültige Satzung finden Sie unter www.cvgf.de/satzung. Diese und auch ältere Versionen (sofern Änderungen) können auch beim Verein angefordert werden.

⁴ Bei einer Mitgliedschaft eines Vereins/Arbeitgebers sparen die Mitarbeiter/Mitglieder den ersten Jahresbeitrag.

⁵ Ab dem 2. Jahr werden dann nur 50% des jeweils Mitgliedsbeitrages fällig, die vom Mitglied abgebucht werden.

SEPA-Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger: Christlicher Verein zur gesundheitlichen Förderung e.V. (CVGF)
Gottlieb-Daimler-Str. 22
35398 Gießen

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE90ZZZ00001465086

Mandatsreferenznummer *Mitgliedsnummer – wird gesondert mitgeteilt*

Ich ermächtige/Wir ermächtigen den CVGF Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom CVGF auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Die Kontobelastung (Fälligkeitsdatum) des nebenstehenden Betrages erfolgt am 10. des Beitrittsmonats (oder dem folgenden Geschäftstag) jeden Jahres. In der Mitgliederbestätigung erfolgt eine genaue Bestätigung.

Hinweis: 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.

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

Straße mit Hausnr., PLZ und Ort des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

Konto des Zahlungspflichtigen (IBAN):

IBAN		BLZ	Kontonummer
D	E		

Kreditinstitut des Zahlungspflichtigen

Bankname, Ort	BIC

Ort, Datum

Unterschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

Von diesem SEPA-Lastschriftmandat und dem nebenstehenden Mitgliedsantrag hat sich der Zahlungspflichtige (Kontoinhaber) eine Kopie behalten bzw. erhält eine Bestätigung des Vereines.

----- hier für Postversand falten -----

Eine Zusendung kann auch per Email an mitglieder@cvgf.de oder per Fax an 0641 6059 215 erfolgen

Bei Postversand bitte zurück an:

Ihr Makler bzw. Berater:

Christlicher Verein zur
gesundheitlichen Förderung (CVGF) e.V.
Gottlieb-Daimler-Str. 22
35398 Gießen

