



GESUNDHEIT AKTIV nord

REGIONALE BÜRGER- UND PATIENTENINITIATIVE

MITGLIED WERDEN

Wir stehen für ein integratives Gesundheitswesen, das Menschen für Menschen gestalten.

Ich bin mit dabei und unterstütze GESUNDHEIT AKTIV nord e.V. Mit meiner Mitgliedschaft erhalte ich automatisch die Doppelmitgliedschaft im Bürger- und Patientenverband GESUNDHEIT AKTIV e. V. und zweimal jährlich die kostenfreie Zusendung von GESUNDHEIT AKTIV – DAS MAGAZIN.*

Anmeldung mit diesem Formular per Post an:

GESUNDHEIT AKTIV nord e.V.

Mittelweg 11

20148 Hamburg

Oder per Email an: info@gesundheit-aktiv-nord.de

☐ Ja, ich bin als Mitglied ab sofort mit dabei und fördere monatlich mit

☐ 5 Euro ☐ 10 Euro ☐ 20 Euro oder..... Euro

Bitte ziehen Sie den Betrag von meinem Konto ein (SEPA-Lastschrift)

☐ monatlich ☐ vierteljährlich ☐ halbjährlich ☐ jährlich

NAME

VORNAME

GEBURTSDATUM

STRASSE | HAUSNUMMER

PLZ | ORT

TELEFON

E-MAIL

SEPA-Lastschriftmandat: Ich ermächtige GESUNDHEIT AKTIV nord e.V. Gläubiger-Identifikationsnummer: DE44ZZZ00002806357 Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von GESUNDHEIT AKTIV auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Regelungen. Die Mandatsreferenznummer wird separat mitgeteilt.

MEINE IBAN

BIC

ORT | DATUM

UNTERSCHRIFT

* Weitere Informationen und Hinweise zum Datenschutz unter www.gesundheit-aktiv-nord.de