



Aufnahmeantrag

Ich/wir beantrage(n) die Aufnahme in den Förderverein der Paracelsus Medizinische Privatuniversität in Nürnberg e.V.

Eintrittsdatum: _____

Name: _____

Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

Straße: _____

PLZ: _____

Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Durch meine Unterschrift erkenne ich die Satzung des Vereins an.

Ich beantrage die Mitgliedschaft als (bitte ankreuzen)

Ordentliches Mitglied (Mindestjahresbeitrag 75 €)

Frei gewählter Jahresbeitrag in Höhe von _____

Ordentliches Mitglied als Schüler/ Student (ermäßigter Jahresbeitrag 25 €, Nachweis erforderlich)

Korporatives Mitglied (Jahresbeitrag 250 €)

Ort, Datum

Unterschrift

Erteilung des SEPA-Lastschriftmandats

Gläubiger-Identifikationsnummer des Vereins: DE19ZZZ00001956796

Mandatsreferenz: Ihre Mitgliedsnummer

Ich ermächtige den Förderverein der Paracelsus Medizinische Privatuniversität in Nürnberg e.V., Zahlungen wiederkehrend von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verein auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Der Mitgliedsbeitrag wird als Jahresbeitrag am 1. Juli jeden Jahres fällig, der anteilige Mitgliedsbeitrag des Eintrittsjahres am 15. des auf den Eintritt folgenden Monats.

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 Bedingungen.

Kreditinstitut: _____

BIC: _____

IBAN: _____

Kontoinhaber: _____

Ort, Datum

Unterschrift