



Gesundheitsstiftung im LEBEN

Gemeinnützige Stiftung zur
Förderung der Ganzheitsmedizin

Gesundheitsstiftung im LEBEN
Bahnhofstraße 3a
07973 Greiz/Vogtland

Tel.: 03661- 45 87 00 32
Fax: 03661- 45 87 00 31
Email: info@gesundheitsstiftung-imLEBEN.de

Unterstützen & Fördern Formular Fördermitgliedschaft

Ich möchte die **Gesundheitsstiftung im LEBEN** als Fördermitglied unterstützen:

Name: _____ Vorname: _____

Straße, Hausnummer: _____

Postleitzahl, Wohnort: _____

Berufsfeld: _____

Homepage: _____

E-Mail: _____

Telefonnummer: _____

Meine freiwilliger Mitgliedsbeitrag beträgt pro Monat: _____ Euro

Die Abbuchung erfolgt (bitte ankreuzen): jährlich halbjährlich

Ich bin damit einverstanden, dass ich als Fördermitglied auf der Homepage www.gesundheitsstiftung-imleben.de aufgeführt werden darf. ja nein

Hiermit stimme ich der Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten zum Zwecke der Kontaktaufnahme zu. ja nein

Unsere Datenschutz-Bedingungen finden Sie separat erklärt unter www.gesundheitsstiftung-imleben.de/datenschutz.

Ort, Datum

Unterschrift Einverständnis
Datenschutz

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller

Ort, Datum

Mitgliedschaft bestätigt:

Unterschrift Vorstand

Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige(n) ich/wir die **Gesundheitsstiftung im LEBEN** widerruflich, die von mir/uns nachfolgend aufgeführten Zahlungen zu Lasten meines/unseres nachstehend angegebenes Girokonto durch Lastschrift einzuziehen.

Wenn mein/unser Girokonto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung.

Teileinlösungen werden nicht vorgenommen.

Name des Kontoinhabers: _____

Bank / Kreditinstitut: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Erstmaliger Einzug bitte ab dem _____ (bitte Datum eintragen)

Datum und Unterschrift: _____