



Mitgliedsantrag

Ich möchte dem „Netzwerk Nahtoderfahrung e.V.“ als Mitglied ab dem _____ beitreten.

Die Rechte und Pflichten des Mitglieds sowie der Zweck und die Ziele des Vereins ergeben sich aus der Vereinsatzung. Die Gemeinnützigkeit des Vereins ist anerkannt. Der Verein ist berechtigt, für Mitgliedsbeiträge und Spenden Zuwendungsbestätigungen auszustellen.

Mitgliedsbeitrag

Normal : 30,00 Euro/Jahr

Reduziert : 10,00 Euro/Jahr Reduziert für bestimmte Gruppen auf Antrag (s. Beitragsordnung)

Bitte senden Sie den unterschriebenen Antrag an den stv. Vorsitzenden:

Professor Dr. Dr. Wilfried Kuhn
Hans-Nickel- Str. 7
D-97422 Schweinfurt
E-Mail: whrkuhn@mailbox.org

Vorname und Nachname _____

Titel _____

Geburtsdatum _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Wohnort _____

Geburtsdatum _____

Beruf _____

Telefon (FN und/oder mobil) _____

E-Mail _____

Ich bin (zutreffendes bitte ankreuzen):

NTE-Erfahrene(r)

Interessierte(r)

Mediziner(in)

Wissenschaftlich Arbeitende(r)

Für den Mitgliedsantrag (zutreffendes bitte ankreuzen):

erteile ich ein Lastschriftmandat

(s.a. Folgeblatt)

Hinweis: die Erteilung eines Sepa-Lastschriftmandates ist zum Erwerb der Mitgliedschaft unbedingt erforderlich.

Alle Angaben werden ausschließlich für Verwaltungsangelegenheiten des Vereins gemäß den Bestimmungen des Datenschutzgesetzes benutzt. Mit der elektronischen Speicherung der Daten für diese Zwecke bin ich einverstanden

Ort: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____



Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandates

Die Entrichtung des Beitrags erfolgt einmal jährlich durch Bankeinzug.

Zahlungsempfänger Netzwerk Nahtoderfahrung e.V., Emmerich, c/o
Gregor Kreuzer, Lombachstr. 8a, 51491 Overath

Gläubiger-Identifikationsnummer DE37ZZZ00000709052

Mandatsreferenz (= Mitglieds-Nr.) Wird ihnen mitgeteilt

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige das Netzwerk Nahtoderfahrung e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Netzwerk Nahtoderfahrung e.V. 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 Bedingungen.

Vorname und Nachname

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Kreditinstitut

IBAN

BIC

Ort

Datum:

Unterschrift



Kontaktdaten-Verwendungserklärung

Unser Verein betreibt eine Website unter der Domain <http://www.netzwerk-nahtoderfahrung.org>.

Wir bieten unseren Mitgliedern dort die Möglichkeit, in einem passwortgeschützten Bereich die Kontaktdaten von anderen Mitgliedern einzusehen, um einen Informations- bzw. Erfahrungsaustausch auf diesem Wege zu unterstützen. Ihre (eventuell) nachfolgend getätigte Einverständniserklärung kann von Ihnen jederzeit und ohne Angabe von Gründen erweitert, eingeschränkt oder zur Löschung angewiesen werden.

Erklärung

Vorname und Nachname:

Ich bin mit der Veröffentlichung meiner Kontaktdaten im passwortgeschützten Bereich der Webpräsenz des Netzwerk Nahtoderfahrung e.V. – <http://www.netzwerk-nahtoderfahrung.org> – im nachfolgend geführten Umfang -

nicht einverstanden²

einverstanden¹

Umfang der Kontaktdatenverwendung

Vorname und Nachname

Wohnort

E-Mail-Anschrift

Telefonnummer

Weitere Kontaktdaten (z.B. Straße und Hausnummer)

Ort, Datum:

Unterschrift

² Ist keine der beiden Optionen ausgewählt, wird von einem „Nicht einverstanden“ ausgegangen.