

## Antrag auf Mitgliedschaft

Firma / Körperschaft / Gemeinnützige Institution:	
Name des Ansprechpartners / Funktion:	
Name / Vorname (Einzelmitgliedschaft):	
PLZ / Ort:	Straße:
Telefon:	Telefax:
E-Mail:	Internet:
Geburtsdatum:	Eintrittsdatum:

Ich/Wir beantrage(n) hiermit - unter Anerkennung der Satzung - die Aufnahme in den Verein „Gesundheitsregion Saar e.V.“

Ort, Datum:	Unterschrift
-------------	--------------

Der Mitgliedsbeitrag beträgt pro Kalenderjahr zurzeit

- EUR 120,- für Einzelpersonen  
 EUR 500,- für Gemeinnützige Institutionen / Körperschaften  
 EUR 2.000,- für Firmen und sonstige juristische Personen

### SEPA-Lastschrift-Mandat / Gläubiger-Identifikationsnummer: DE98ZZZ00000782547

Ich ermächtige die Gesundheitsregion Saar e.V., Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/unser Kreditinstitut an, die von der Gesundheitsregion Saar e.V. auf mein/unser 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/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber:	
IBAN:	BIC
Kreditinstitut	
Ort / Datum	Unterschrift

#### Gesundheitsregion Saar e.V.

Neumühler Weg 30,5 66130 Saarbrücken

Telefon: 0681/5848226 Fax: 0681/5848200 E-Mail: [info@gesundheitsregion-saar.de](mailto:info@gesundheitsregion-saar.de) [www.gesundheitsregion-saar.de](http://www.gesundheitsregion-saar.de)  
 Bankverbindung: Bank1Saar e.G., IBAN: DE30591900000104081002, BIC: SABADE5S