

# Für eine optimierte Therapie und gezielte Erfolge in Lippe!



Lymphnetzwerk

Lippe e.V.

Röntgenstraße 16  
32756 Detmold  
info@Lymphnetzwerk-Lippe.de  
[www.Lymphnetzwerk-Lippe.de](http://www.Lymphnetzwerk-Lippe.de)

## Antrag auf Mitgliedschaft



Lymphnetzwerk

Lippe e.V.

# Ja, ich will Mitglied werden.

Vorname und Nachname

Geburtsdatum

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Firma / Praxis

Telefon

E-Mail

- Hauptmitgliedschaft: Jahresbeitrag **50 €**
- Angestellte eines Hauptmitglieds: Jahresbeitrag **20 €**
- Ja, ich wünsche eine Spendenquittung.

Ort und Datum

Unterschrift



Lymphnetzwerk

Lippe e.V.

## **SEPA-Lastschriftmandat**

**Mandatsreferenz** Die Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt.

Ich ermächtige das Lymphnetzwerk Lippe e.V., die fälligen Jahresbeiträge von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Lymphnetzwerk Lippe 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.

Kontoinhaber

IBAN

BIC (8 oder 11 Stellen)

Ort und Datum

Unterschrift

Lymphnetzwerk Lippe e.V.  
Röntgenstraße 16 · 32756 Detmold  
**Gläubiger-Identifikationsnummer** DE95ZZZ0000415165