

Mitgliedsantrag

Christlicher Verein zur gesundheitlichen Förderung e.V. (CVGF)

Hiermit beantrage ich

Herr Frau Firma/Verein/Einrichtung² _____

Name, Vorname*² _____

Straße+Hausnr.* _____ Geburtsdatum* _____

PLZ, Ort* _____

Email* _____ Telefon _____

Bitte geben Sie nachfolgend an, zu welchem Verein/welcher Einrichtung Sie gehören:

ab dem **01.**____**.20**__

die Aufnahme als förderndes Mitglied in den *Christlichen Verein zur gesundheitlichen Förderung e.V.* .

Jahresbeiträge (zutreffendes bitte ankreuzen) – Abbuchung per SEPA-Lastschrift

- | | | |
|---|-----------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> Erwachsene Fördermitglieder <i>Single-Mitgliedschaft</i> | <i>jährlich</i> | 36,00 € |
| <input type="checkbox"/> Erwachsene Fördermitglieder <i>Familien-Mitgliedschaft</i> | <i>jährlich</i> | 36,00 € |
| <i>Ehepartner und Kinder können beitragsfrei Mitglied werden und Leistungen des Vereines nutzen; ab dem 25. Lebensjahr erfolgt bei beitragsfreien Kindern die Umstellung in eine Einzelmitgliedschaft</i> | | |
| <input type="checkbox"/> Vereine, gemeinnützige Einrichtungen und Firmen | <i>jährlich</i> | 99,00 € ⁴ |
| <i>Die Mitarbeiter/Mitglieder zahlen erst ab dem 2. Jahr die Hälfte des normalen Beitrages</i> ⁵ | | |

Die aktuelle Satzung³ habe ich zur Kenntnis genommen. Vorteile, die der Verein mir bietet, bekomme ich mitgeteilt bzw. kann diese unter www.cvgf.de finden. Der CVGF e.V. und der betreuende Makler speichern Ihre Daten zur weiteren Bearbeitung und Betreuung (weitere Infos unter www.cvgf.de/datenschutz oder auf Anfrage)⁶

Ort, Datum _____

Unterschrift des Mitglieds _____

Weitere Angaben zu beitragsfrei mitversicherten Familienangehörigen (bitte Email-Adresse angeben, wenn Infos des Vereins, z.B. Gesundheitstipps etc. auch an Familienangehörige gesendet werden sollen). Eine Nachmeldung von Familienangehörigen oder eine Änderung von Single-Mitgliedschaft auf Familien-Mitgliedschaft ist jederzeit möglich.

Ehepartner Herr Frau Name, Vorname _____

Geburtsdatum* ____ . ____ . ____ Email _____ Zusendung Infos

1. Kind Herr Frau Name, Vorname _____

Geburtsdatum* ____ . ____ . ____ Email _____ Zusendung Infos

2. Kind Herr Frau Name, Vorname _____

Geburtsdatum* ____ . ____ . ____ Email _____ Zusendung Infos

3. Kind Herr Frau Name, Vorname _____

Geburtsdatum* ____ . ____ . ____ Email _____ Zusendung Infos

4. Kind Herr Frau Name, Vorname _____

Geburtsdatum* ____ . ____ . ____ Email _____ Zusendung Infos

Bei mehr als 4 Kindern bitte auf Extra-Blatt ergänzen oder 2. Antrag nehmen – eine Nachmeldung ist jederzeit möglich

Von diesem Mitgliedsantrag hat sich das Mitglied eine Kopie behalten. Die Bestätigung erfolgt kurzfristig an die Email-Adresse des Mitglieds.

* Angaben zwingend erforderlich, Kommunikation erfolgt i.d.R. per Email bzw. in Zukunft ggf. auch per Internetportal unter www.cvgf.de.

² Firmen, Einrichtungen, Vereine etc. geben ihren Namen neben dem Kreuz an und den Ansprechpartner unter Name, Vorname.

³ Die jeweils gültige Satzung finden Sie unter www.cvgf.de/satzung. Diese und ältere Versionen können beim Verein angefordert werden.

⁴ Bei einer Mitgliedschaft eines Vereins/Arbeitgebers sparen die Mitarbeiter/Mitglieder den ersten Jahresbeitrag.

⁵ Ab dem 2. Jahr werden 50% des normalen Mitgliedsbeitrages vom Konto des Mitglied abgebucht. Abweichende Regelungen möglich.

⁶ Familienmitglieder müssen vom Antragsteller informiert werden, dass ihre Daten an den CVGF e.V. und den betreuenden Makler übermittelt wurden. Wenn diese der Übermittlung widersprechen, erlischt die beitragsfreie Familienmitgliedschaft

SEPA-Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger: Christlicher Verein zur gesundheitlichen Förderung e.V. (CVGF)
Gottlieb-Daimler-Str. 22
35398 Gießen

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE90ZZZ00001465086

Mandatsreferenznummer *Mitgliedsnummer – wird gesondert mitgeteilt*

Ich ermächtige/Wir ermächtigen den CVGF Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom CVGF auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Die Kontobelastung (Fälligkeitsdatum) des nebenstehenden Betrages erfolgt am 10. des Beitrittsmonats (oder dem folgenden Geschäftstag) jeden Jahres. In der Mitgliederbestätigung erfolgt eine genaue Bestätigung.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

Straße mit Hausnr., PLZ und Ort des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

Konto des Zahlungspflichtigen (IBAN):

IBAN		BLZ	Kontonummer
D	E		

Kreditinstitut des Zahlungspflichtigen

Bankname, Ort	BIC

Ort, Datum

Unterschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

Von diesem SEPA-Lastschriftmandat und dem nebenstehenden Mitgliedsantrag hat sich der Zahlungspflichtige (Kontoinhaber) eine Kopie behalten bzw. erhält eine Bestätigung des Vereines.

----- hier für Postversand falten -----

Eine Zusendung kann auch per Email an mitglieder@cvgf.de oder per Fax an 0641 6059 215 erfolgen

Bei Postversand bitte zurück an:

Ihr Makler bzw. Berater:

Christlicher Verein zur
gesundheitlichen Förderung (CVGF) e.V.
Gottlieb-Daimler-Str. 22
35398 Gießen