

<input type="checkbox"/>	<b>Ich möchte Mitglied des Inkontinenz Selbsthilfe e.V. werden.</b>
	Beginn der Mitgliedschaft

## Persönliche Daten

mobilitätseingeschränkt

	W M	
Name, Vorname	Geschlecht	Geburtsdatum
Straße		Telefon
PLZ, Wohnort		E-Mail Nickname im Forum

Betroffener  Angehöriger/Interessierter

## Einzugsermächtigung (optional)

Hiermit ermächtige ich den Inkontinenz Selbsthilfe e.V. widerruflich, den jeweils fälligen Mitgliedsbeitrag von meinem unten angegebenen Konto durch Lastschrift einzuziehen. Die Einzugsermächtigung erlischt bei Widerruf und Beendigung der Mitgliedschaft mit sofortiger Wirkung. Wenn mein Girokonto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden nicht vorgenommen

## Bankverbindung

Bank/Sparkasse/Postbank	Kontoinhaber (Name, Vorname)
BLZ	Kontonummer

Der Mindestjahresbeitrag beträgt 20 EURO. Diesen können Sie, selbstverständlich freiwillig, gern erhöhen.

Mein jährlicher Mitgliedsbeitrag: \_\_\_\_\_ €

\_\_\_\_\_  
Datum, Ort

\_\_\_\_\_  
Unterschrift