



VGS Münster e.V.
Gasselstiege 13
48149 Münster
Telefon 0251.293440
Telefax 0251.293446

Sparkasse Münsterland Ost
IBAN: DE40400501500049002090
BIC: WELADED1MST
info@vgsmuenster.de
www.vgsmuenster.de

Antrag auf Mitgliedschaft für

| Angebotsname / Angebots-Nr. | Starttermin | Kosten |
|-----------------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Gesamtsumme: | | <input type="text"/> |

Ermächtigung zum Einzug durch SEPA-Lastschrift-Mandat

Hiermit ermächtige(n) ich/wir (Kontoinhaber)

Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die vom VGS eV auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Zahlungsart: Wiederkehrende Lastschrift:

IBAN

BIC bei Institut

Ich (Wir) kann (können) innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Münster, den _____

Unterschrift

Name Vorname

PLZ Wohnort Geburtstag

Straße Krankenkasse

Telefon (tagsüber) E - Mail

Die Kündigung der Mitgliedschaft kann vierteljährlich schriftlich jeweils zum 31.03. | 30.06. | 30.09. | 31.12. erfolgen. Die Kündigungsfrist beträgt 4 Wochen.

Nur bei Vorlage einer genehmigten Rehabilitations-Verordnung.
Ich kündige die Mitgliedschaft mit Ablauf der Verordnung!

Mit meiner Unterschrift beantrage ich die Mitgliedschaft und bestätige, die umseitigen Teilnahmebedingungen zur Kenntnis genommen zu haben.

Ort, Datum

Unterschrift