

Gesundheitsregion Mecklenburg-Vorpommern e.V.  
August-Bebel-Straße 12  
18055 Rostock

Per Fax an 0385 – 48 12 991  
Per Email an [info@gr-mv.de](mailto:info@gr-mv.de)

### Antrag auf Mitgliedschaft

Ich beantrage die Mitgliedschaft im Verein Gesundheitsregion Mecklenburg-Vorpommern e.V.

- Als Person  
Name, Vorname \_\_\_\_\_
- Als Vertreter der Firma/Institution  
Name, Vorname des Vertreters \_\_\_\_\_

*(Bitte Zutreffendes ankreuzen und ausfüllen)*

Bei der Anmeldung als Vertreter eines Unternehmens, als Arzt oder als Apotheker wird mein Logo im Internet-Auftritt des Vereins abgebildet. Bei Einzelpersonen ist dies nicht möglich.  
Folgende Angaben dienen der Erstellung eines kompletten Mitgliederverzeichnisses.

Name, Vorname, Titel \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon/Fax \_\_\_\_\_

Email/Website \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift

**SEPA-Lastschriftmandat** (SEPA Direct Debit Mandate)  
für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/for SEPA Core Direct Debit Scheme

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Gesundheitsregion Mecklenburg-Vorpommern e.V.  
August-Bebel-Straße 12  
18055 Rostock

*Wiederkehrende Zahlungen/  
Recurrent Payments*

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)

Mandatsreferenz  
DE93ZZZ00001379575

**SEPA-Lastschriftmandat**

[Name des Zahlungsempfängers]

Ich/Wir ermächtige(n)

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

[Name des Zahlungsempfängers]

Gesundheitsregion Mecklenburg-Vorpommern e.V.

auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Kontoinhaber (Vorname, Name)

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Kreditinstitut

BIC<sup>1</sup>

IBAN

D E

Ort, Datum

Unterschrift(en)

<sup>1</sup> Hinweis: Ab 01.02.2014 kann die Angabe des BIC entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt.

**Urschrift für den Zahlungsempfänger**