

Verein für Menschen mit Schlaganfall und Schädel-Hirn-Verletzungen  
Sitz: Klinik für Neurologische Rehabilitation am Bezirksklinikum Regensburg,  
Universitätsstr. 84, 93053 Regensburg

**BEITRITTSERKLÄRUNG**

Hiermit erkläre ich in Kenntnis der Satzung meinen Beitritt zum Verein zweitesLEBEN e.V. mit Wirkung vom .....

Ich bin bereit, einen Jahresbeitrag in Höhe von **€ 30.00** zu zahlen.

Name: ..... Vorname: .....

Straße: ..... Tel.-Nr.: .....

PLZ: ..... Ort: .....

E-Mail-Adresse: .....

....., den .....

**Unterschrift**

Um die Verwaltungskosten zu reduzieren, bitten wir um die Teilnahme am Lastschriftverfahren (*falls Sie den Beitrag selbst überweisen möchten, finden Sie unsere Konto-Nr. im Internet unter [www.zweitesleben.de](http://www.zweitesleben.de)*)

**SEPA – BASIS – LASTSCHRIFTERMÄCHTIGUNG**

Zahlungsempfänger: Verein zweitesLEBEN e. V.

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE43ZZZ00000306685

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger widerruflich, meinen Jahresbeitrag bei Fälligkeit von meinem Konto einzuziehen.

Der Beitrag wird jährlich am 1. März fällig, bei Eintritt innerhalb des Jahres 2 Monate nach dem Eintrittsdatum.

IBAN: ..... ggf. BIC: .....  
(z.B.DE..) (BLZ) (Kontonr.)

Name: ..... Vorname: .....

Anschrift: .....

....., den .....

**Unterschrift**