## **BEITRITTSERKLÄRUNG**



Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zu Alpha1 Österreich - Verein für Alpha1 Antitrypsinmangel - Erkrankte.

JAHRESMITGLIEDSCHAFT 25 EURO (Kinder bis 16 Jahre frei)	
Name:	Vorname:
Straße:	PLZ/Ort:
Telefon:	Geburtsdatum:
Kind(er) unter 16 Jahre: (Vorname/Geburtsdatum)	
E-Mail:	
Die Mitgliedschaft verlängert sich jeweils um ein weiteres Jahr, wenn nicht spätestens drei Monate vor Ablauf des Kalenderjahres die schriftliche Kündigung erfolgt.	
Mit der Weitergabe meiner oben eingetragenen E Zwecke der Kontaktaufnahme bin ich einverstand	Daten an den Vorstand bzw. Selbsthilfegruppenleiter zum den.
	nann i.d. Haide, per E-Mail an info@alpha1-oesterreich.at widerrufen werden. Bei Kindern Bere Informationen bzgl. der DSGVO und der Vereinsstatuten finden Sie auf www. alpha1-
BEZAHLUNG DES MITGLIEDSBEITRAGES Per SEPA Lastschrift (Bankeinzug), Creditor ID: AT26ZZZ	20000062906
Folgende Daten benötigen wir hierfür von Ihnen:	
Name des Kontoinhabers:	
IBAN:	
BIC:	
ziehen (Mitte März des jeweiligen Jahres). Zugleich weise ich mein/ weiser	Mitgliedsbeitrag von meinem/ unserem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzu- n wir unser Kreditinstitut an, die von Alpha1 Österreich gemV. auf mein/ unser erhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung em Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.
Datum, Unterschrift*:	