## **BEITRITTSERKLÄRUNG**



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

<b>JAHRESMITGL</b>	<b>IEDSCHAFT</b>	<b>25 EURO</b>
--------------------	------------------	----------------

(Kinder bis 16 Jahre frei)

Name Vorname
Straße PLZ/Ort
Telefon Geburtsdatum

E-Mail

Diagnostiziert als: PiZZ PiSZ PiMZ PiMM (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Schwerpunkt Lunge Leber Gesund COPD

Kind(er) unter 16 Jahre (Vorname/Geburtsdatum/diagnostiziert als)

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 Daten an den Vorstand bzw. Selbsthilfegruppenleiter zum Zwecke der Kontaktaufnahme bin ich einverstanden.

Diese Einwilligung kann jederzeit von mir beim Verein Alpha1 Österreich, 4860 Lenzing, per E-Mail an info@alpha1-oesterreich.at widerrufen werden. Bei Kindern unter 16 Jahren ist eine Zustimmung des Erziehungsberechtigten notwendig. Genauere Informationen bzgl. der DSGVO und der Vereinsstatuten finden Sie auf www. alpha1-oesterreich. at

## BEZAHLUNG DES MITGLIEDSBEITRAGES

Per SEPA Lastschrift (Bankeinzug), Creditor ID: AT26ZZZ00000062906

Folgende Daten benötigen wir hierfür von Ihnen:

Name des Kontoinhabers:

IBAN:

BIC:

Ich ermächtige/ Wir ermächtigen Alpha1 Österreich gemV., **den jährlichen Mitgliedsbeitrag** von meinem/ unserem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen (Mitte März des jeweiligen Jahres). Zugleich weise ich mein/ weisen wir unser Kreditinstitut an, die von Alpha1 Österreich auf mein/ unser Konto gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen. Ich kann/ Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/ unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

## Datum, Unterschrift\*:

\*gültig für Mitgliedschaft und SEPA Lastschrift