



## Beitrittserklärung

Ja, ich möchte die Arbeit des *Berliner Leberring e.V.* als Mitglied unterstützen.

**Der jährliche Beitrag beträgt 30,00 € pro Person**

**Der jährliche Beitrag in der Familienmitgliedschaft beträgt 45,00 €**

und gilt – unabhängig vom Zeitpunkt des Eintritts – für das laufende Kalenderjahr. Der Jahresbeitrag ist fällig und zahlbar jeweils bis zum 31. März eines Jahres.

### 1. Mitglied

Name, Vorname	
Anschrift	
Geburtsdatum	
Telefon / Fax	
E-Mail	
Leber-Erkrankung	

### 2. Mitglied

Name, Vorname	
Anschrift	
Geburtsdatum	
Telefon / Fax	
E-Mail	
Leber-Erkrankung	

Datum/Unterschrift **1. Mitglied**

Datum/Unterschrift **2. Mitglied**

**Ich erbitte Zugangsdaten für den geschützten Bereich auf der Homepage:**

**[www.berliner-leberring.de](http://www.berliner-leberring.de)**

**☐ Ja      ☐ Nein**

<b>Berliner Leberring e.V. – Beratungsstelle für Hepatitis-Betroffene</b>			
c/o Charité Campus Benjamin Franklin, Hindenburgdamm 30, 12203 Berlin-Steglitz, Haus III, 1. OG rechts			
<b>Sprechzeiten:</b> Dienstag 13 – 17 Uhr Donnerstag 13 – 17 Uhr	<b>Berliner Volksbank</b> Kto. 3906 9790 11 – BLZ 100 900 00 IBAN: DE39 1009 0000 3906 9790 11 BIC: BEVODEBB	<b>Finanzamt für</b> Körperschaften I Berlin St. Nr. 27/661/60079	<b>Tel.: 030 – 83 22 67 75</b> <b>Fax: 030 – 74 92 44 07</b> <a href="mailto:kontakt@berliner-leberring.de">kontakt@berliner-leberring.de</a> <a href="http://www.berliner-leberring.de">www.berliner-leberring.de</a>

## Ermächtigung zum Einzug von Forderungen im Lastschriftverfahren

<b>Name und Anschrift des Zahlungsempfängers:</b>	<i>Berliner Leberring e.V.</i> Post: Hindenburgdamm 30, Haus III, 12203 Berlin-Steglitz
<b>Name und Anschrift des Kontoinhabers:</b>	

Hiermit ermächtige(n) ich/wir den *Berliner Leberring e.V.* widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen (zutreffendes bitte kennzeichnen):

- ☐ **Mitgliedsbeitrag pro Person:**     **30,00 €**
- ☐ **Familien-Mitgliedsbeitrag:**     **45,00 €**
- ☐ **Spende über:**     **€**

bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres **Kontos**

**IBAN:** \_\_\_\_\_

**BIC:** \_\_\_\_\_

**Geldinstitut:** \_\_\_\_\_

durch Lastschrift einzuziehen.

Wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Geldinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

Wird der Lastschrifteinzug wegen mangelnder Kontodeckung oder aus anderen Gründen nicht eingelöst, gehen die Gebühren für die Rücklastschrift, die dem *Berliner Leberring e.V.* in Rechnung gestellt werden, zu Lasten des zahlungspflichtigen Mitgliedes.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

<i><b>Berliner Leberring e.V. – Beratungsstelle für Hepatitis-Betroffene</b></i> c/o Charité Campus Benjamin Franklin, Hindenburgdamm 30, 12203 Berlin-Steglitz, Haus III, 1. OG rechts			
<b>Sprechzeiten:</b> Dienstag     13 – 17 Uhr Donnerstag     13 – 17 Uhr	<b>Berliner Volksbank</b> Kto. 3906 9790 11 – BLZ 100 900 00 IBAN: DE39 1009 0000 3906 9790 11 BIC: BEVODEBB	<b>Finanzamt für</b> Körperschaften I Berlin St. Nr. 27/661/60079	<b>Tel.: 030 – 83 22 67 75</b> <b>Fax: 030 – 74 92 44 07</b> <a href="mailto:kontakt@berliner-leberring.de">kontakt@berliner-leberring.de</a> <a href="http://www.berliner-leberring.de">www.berliner-leberring.de</a>