

## Beitrittserklärung

Ich/wir trete/n dem Verein  
Zentrum Patientenschulung und  
Gesundheitsförderung bei als:

natürliche Person

Einrichtung

Einrichtungsgruppe

Träger

**Person** bzw. offizielle:r  
**Vertreter:in** der Einrichtung)

Titel

Name

Stellvertreter:in  
(bei Institutions-Mitgliedschaft)

Titel

Name des/der Stellvertreter/in (bei Institutionen)

bei Institutions-Mitgliedschaft

Institution

Kontaktdaten

Telefon

E-Mail-Adresse

Adresse für offizielle Rundschreiben, Beitragsrechnungen, Zuwendungsbelege ...

Zahlungsweise

Der Mitgliedsbeitrag wird von mir/uns nach Erhalt der Beitragsrechnung überwiesen.

Lastschrift

*Hiermit ermächtige ich das ZePG, den Mitgliedsbeitrag per Lastschrift von meinem Konto einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom ZePG auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Mir ist bekannt, dass ich innerhalb von 8 Wochen - beginnend mit dem Belastungsdatum - die Erstattung des belasteten Betrages verlangen kann. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.*

IBAN

Kontoinhaber

Unsere Gläubigeridentifikationsnummer: DE81ZZZ00000141295

Ort, Datum

Unterschrift

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular per Mail oder Post an:

Zentrum Patientenschulung und  
Gesundheitsförderung (ZePG e. V.)  
Geschäftsstelle - Dr. Andrea Reusch  
Uhlandstr. 7  
97072 Würzburg

Zentrum Patientenschulung und Gesundheitsförderung (ZePG e. V.)  
Mail: kontakt@zepg.de  
Internet: zepg.de

Bankverbindung: Zentrum Patientenschulung e. V.  
IBAN: DE37 7905 0000 0046 2318 09  
BIC: BYLADEM1SWU, Sparkasse Mainfranken