

# Aufnahmeantrag

Bitte an folgende Adresse:

McKenzie Institut Mitgliederbetreuung, Prälatenweg 47 a, 79219 Staufen oder per mail an [mitglieder@mckenzie.de](mailto:mitglieder@mckenzie.de)

## Privatanschrift

\_\_\_\_\_  
Titel/Vorname/Nachname

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
PLZ                      Wohnort

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ)

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Fax

\_\_\_\_\_  
E-Mail Adresse

## Praxisanschrift

\_\_\_\_\_  
Praxis

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
PLZ                      Wohnort

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Fax

## Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass die Angaben in diesem Aufnahmeantrag der Wahrheit entsprechen, und beantrage die Mitgliedschaft beim McKenzie Institut D/CH/A e.V. Ich bin damit einverstanden, dass meine Angaben in der Mitgliederdatenbank gespeichert werden. Die Daten werden nur für vereinsinterne Verwaltungsaufgaben benutzt.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers

Die Mitgliedschaft kann innerhalb 6 Wochen auf Jahresende gekündigt werden, die Kündigung muss schriftlich erfolgen, es erfolgt keine Beitragsrückerstattung für das laufende Jahr. **SEPA - Lastschriftermächtigung**

Der Mitgliedsbeitrag ist jeweils zum 15. Januar eines Kalenderjahres bzw. dem Beginn der Mitgliedschaft fällig. Die Lastschriftermächtigung kann von Ihnen jederzeit widerrufen werden.

Ich ermächtige das McKenzie Institut e.V. den Mitgliedsbeitrag von 50,- € bis auf Widerruf von meinem Konto (kein Sparkonto) mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem McKenzie Institut e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

\_\_\_\_\_  
Bank, Sparkasse oder Postbank

\_\_\_\_\_  
IBAN.

\_\_\_\_\_  
BIC

\_\_\_\_\_  
Kontoinhaber

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers