



## AUFNAHMEANTRAG

**EEL – Europäische Endometriose Liga e. V.**

EEL e. V.

**Sabine Altmann**  
Baumfalkenweg 4  
22397 Hamburg

Titel, Name: -----

Vorname: -----

geb. am: -----

Adresse: -----

**E-Mail:** -----

**Bitte unbedingt angeben:**

**Mitgliedsbeitrag:** € 50,00 p. a.  
Der Jahresbeitrag ist mit Eintritt fällig.

Anschrift:

(bitte Stempel)

**Ich werde EEL- Mitglied:**

-----  
Datum; Unterschrift

Ermächtigung zum Bankeinzugsverfahren

Konto-Nr: ----- BLZ----- Bank -----

Ich ermächtige die EEL, die von mir zu entrichtende Beitragszahlung bis auf Widerruf bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos einzuziehen.

-----  
Datum, Unterschrift