



# Bitte in Blockschrift ausfüllen. Danke! **Aufnahmeantrag**

Bitte an folgende Adresse: McKenzie Institut Mitgliederbetreuung, Physiowerkstatt, Hospitalstr. 14, 37073 Göttingen oder per mail an [mitglieder@mckenzie.de](mailto:mitglieder@mckenzie.de)

## Privatanschrift

Titel/Vorname/Nachname

## Straße

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

## Telefon

Fax

## Praxisanschrift

## Praxis

## Straße

Fax

### E-Mail Adresse

Bitte senden Sie meine Post an die folgende Adresse:

Privatanschrift

## Praxisanschrift

## 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.

BIO

## Kontoinhaber

Ort, Datum

### Unterschrift des Antragstellers