

## Zentrale Organisationsstelle der UGB-Vereine

Friedrich-List-Str. 21  
35398 Gießen

**Fax: (+49) 06 41/8 08 96-50**

# Mitgliedschaft verschenken

Verschenken Sie die UGB-Mitgliedschaft für (mindestens) ein Jahr. Zusätzlich erhält der Beschenkte die UGB-Rezeptsammlung Vollwertige Mittelmeerküche als Download. Die Mitgliedschaft endet nach einem Jahr automatisch, wenn sie nicht durch das neue Mitglied ausdrücklich verlängert wird.

## Neues Mitglied

### Antrag für die fördernde Mitgliedschaft beim:

(zutreffendes bitte ankreuzen)

-     

Name, Vorname

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Das neue Mitglied erhält mit dem Zahlungseingang zusammen mit der Mitteilung über die Mitgliedschaft beim UGB als **Willkommensgeschenk** die UGB-Rezeptsammlung „Vollwertige Mittelmeerküche“.

## Ich verschenke die Mitgliedschaft (Rechnungsadresse)

Name, Vorname

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Ort, Datum

Unterschrift

## Den Mitgliedsbeitrag entrichte ich ...

- bequem per SEPA-Lastschriftmandat\*  
 gegen Rechnung

Die Mindestdauer der Mitgliedschaft beträgt ein Jahr. Der Mitgliedsbeitrag beträgt **bei Bankeinzug 80 Euro**; bei allen anderen Zahlungsweisen 90 Euro. Ermäßigte Gebühr für Schüler/ Studenten mit Nachweis bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres bei Bankeinzug 45 Euro, allen anderen Zahlungsweisen 55 Euro. In der Schweiz beträgt der Mitgliedsbeitrag 120 SFr.

\* Ein Formular für das SEPA-Lastschriftmandat finden Sie umseitig oder unter [www.ugb.de/sepa](http://www.ugb.de/sepa)

In der Schweiz kann der Mitgliedsbeitrag nicht per Lastschrift eingezogen werden. Bitte wählen Sie „gegen Rechnung“

**Verband für Unabhängige  
Gesundheitsberatung e.V.**

Friedrich-List-Str. 21  
35398 Gießen

**Fax: (+49) 06 41/8 08 96-50**

**Formular für das SEPA-Lastschriftmandat bzw.  
die Änderung der Bankverbindung**

Gläubiger Identifikationsnummer: DE07ZZZ00000510354

- Erteilung einer Einzugsermächtigung (In der Schweiz nicht möglich)  
 Änderung der Konto- bzw. Bankverbindung

Mandatsreferenznummer (Kd-Nummer):	
Name, Vorname:	Geb.-Datum:
Straße:	PLZ, Ort:
Tel.:	E-Mail:
Die Einzugsermächtigung ist gültig ab:	

Hiermit ermächtige ich den Verband für Unabhängige Gesundheitsberatung e.V., die von mir zu zahlenden Mitgliedsbeiträge bis auf meinen schriftlichen Widerruf jeweils am Fälligkeitstag von meinem Girokonto einzuziehen.

**Hinweis:** Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

**Meine Bankverbindung lautet:**

Kontoinhaber:	Kreditinstitut:
IBAN:	BIC:

**Bitte füllen Sie den nachfolgenden Teil nur aus, wenn Abnehmer und Kontoinhaber nicht identisch sind:**

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname des Kontoinhabers

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

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

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift des Kontoinhabers

**Anmerkung: Bei fehlenden Angaben oder fehlender Unterschrift kann der Vordruck nicht angenommen werden.**