

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt in den

_____ -Verein in _____
(Bezeichnung des Vereins) (Ort)

_____ geb. am: _____
(Name/Vorname) (Geburtsdatum)

(Konfession)

(Familienstand)

Ehegatte/Ehegattin

_____ geb. am: _____
(Name/Vorname) (Geburtsdatum)

(Konfession)

Anschrift

_____ (Straße/Haus-Nr.) _____ (Telefon-Nr.)

(PLZ/Wohnort)

Ich bin bereit, den jeweils gültigen Jahresbeitrag des Krankenpflegevereines zu zahlen.

_____ (Datum/Ort) _____ (Unterschrift)

SEPA-Lastschriftmandat

Hiermit ermächtige ich den Krankenpflegeverein

_____ -Verein in _____
(Bezeichnung des Vereins) (Ort)

wiederkehrende Mitgliedsbeiträge von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom o. g. Krankenpflegeverein auf mein Konto gezogene Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Die Gläubiger-Identifikationsnummer des Krankenpflegevereines und die Mandatsreferenz werden mir umgehend mitgeteilt

_____ (Name/Vorname Kontoinhaber) _____ (Straße/Haus-Nr.)

(PLZ/Wohnort)

_____ (Kreditinstitut) _____ (BIC) DE ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____
(IBAN)

_____ (BLZ) _____ (Konto-Nr.)

_____ (Datum/Ort) _____ (Unterschrift)