

# 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)