

Beitrittserklärung



Hiermit erkläre ich ab _____ meinen Beitritt als Mitglied im
Krankenpflegeverein Burgau e. V.

Name:	_____	Vorname:	_____
Geb.-Datum:	_____	Straße:	_____
PLZ:	_____	Ort:	_____
Telefon:	_____	E-Mail:	_____
Beitrag:	€ _____		

Durch meine Unterschrift erkenne ich die Satzung des Vereins an. Der aktuelle Jahresbeitrag beträgt mindestens 25,00 €.

Ort, Datum

Unterschrift des Mitglieds

Erteilung des SEPA-Lastschriftmandats

Gläubiger-Identifikationsnummer des Vereins: DE65ZZZ00000157685

Mandatsreferenz entspricht der laufenden Mitgliedsnummer

Ich ermächtige den Krankenpflegeverein Burgau e.V., Zahlungen wiederkehrend von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verein auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Der Mitgliedsbeitrag wird als Jahresbeitrag am 01.01. jeden Jahres fällig.

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.

Kreditinstitut:	_____	BIC:	_____
IBAN:	_____		
Kontoinhaber:	_____		

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers

Ich stimme der Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten aus diesem Mitgliedsantrag soweit der Kontaktaufnahme per Post oder E-Mail zu Informations- und Werbezwecken gegen jederzeitigen Widerruf zu. Diese Daten werden nicht an Dritte weitergegeben.