

## Beitrittserklärung



KRANKEN-  
PFLEGEVEREIN  
BURGAU E.V.

Hiermit erkläre ich ab \_\_\_\_\_ meinen Beitritt als Mitglied im

## Krankenpflegeverein Burgau e. V.

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Mein Beitrag pro Jahr:

Euro 25,- Mindestbeitrag

Euro 50,-

Euro 40,-

Euro \_\_\_\_\_

### Der Beitrag ist wie eine Spende bei der Einkommenssteuer anrechenbar!

Durch meine Unterschrift erkenne ich die Satzung des Vereins an.

\_\_\_\_\_  
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