

Ambulanter Krankenpflegeverein
Babenhausen und Umgebung e.V.

Am Espach 6, 87727 Babenhausen

Gläubiger Identifikationsnummer: DE15ZZZ00000134141

Beitrittserklärung

Ja, ich möchte Mitglied im Ambulanten Krankenpflegeverein Babenhausen und Umgebung e.V. werden.

15,- EUR/Jahr
(Einzelbeitrag)

20,- EUR/Jahr
(Familienbeitrag)

Ich werde den o.g. Betrag jährlich selbst überweisen.

Ich bin damit einverstanden, dass der o.g. Betrag jeweils zu Beginn des Jahres von meinem Girokonto abgebucht wird.

Bitte zutreffendes (X) ankreuzen.

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats zum wiederkehrenden Einzug des Mitgliedsbeitrages

IBAN

BIC

Bankinstitut

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger "Ambulanter Krankenpflegeverein Babenhausen und Umgebung e.V.", den jährlichen Beitrag von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger "Ambulanter Krankenpflegeverein Babenhausen und Umgebung e.V." (Gläubiger-ID: DE15ZZZ00000134141) auf mein Konto gezogenen 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.

Datum

Unterschrift