

# Beitrittserklärung



Hiermit erkläre ich ab \_\_\_\_\_ meinen Beitritt als Mitglied im Förderverein Palliativversorgung Dinslaken, Voerde, Hünxe und Umgebung e.V.

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

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

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

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

Handy: \_\_\_\_\_ Jahresbeitrag derzeit: 60,00 Euro

Durch meine Unterschrift erkenne ich die Satzung des Vereins an.

---

Ort, Datum

Unterschrift des Mitglieds

## Erteilung des SEPA – Lastschriftmandats

Gläubiger-Identifikationsnummer des Vereins: DE16ZZZ00002237665

Mandatsreferenz: \_\_\_\_\_

Ich ermächtige den Förderverein Palliativversorgung Dinslaken, Voerde, Hünxe und Umgebung e.V., Zahlungen wiederkehrend von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verein auf mein Kontogezogenen Lastschriften einzulösen.

Der Mitgliedsbeitrag ist jeweils zum Jahresbeginn 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.

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

Straße/Anschrift: \_\_\_\_\_

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

Kreditinstitut: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers