



Beitrittserklärung

Stand: 06/2013

Ich erkläre hiermit meinen Beitritt zum Verein „Sabine Adelwarth Mukoviszidose e.V.“
Der Mitgliedsbeitrag beträgt derzeit 10,- € jährlich.

Name, Vorname: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Geburtsdatum: _____

E-Mail: _____

Telefon: _____

Ort, Datum

Unterschrift

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Zahlungsempfänger: Sabine Adelwarth Mukoviszidose e.V.

Mandatsreferenz = Mitgliedsnummer des neuen Vereinsmitglieds

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE33ZZZ00000270296

Der Beitragseinzug erfolgt jährlich zum 01. April

Hiermit ermächtige ich den Verein „Sabine Adelwarth Mukoviszidose e.V.“ widerruflich den von mir zu entrichtenden Jahresbeitrag bei Fälligkeit von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Sabine Adelwarth Mukoviszidose e.V. 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.

Name, Vorname Kontoinhaber: _____

Geldinstitut: _____

IBAN: DE _____ BIC: _____

_____, den _____

Ort

Datum

Unterschrift Kontoinhaber