

Förderverein Wachkomapatienten Rogglfing und Umgebung e.V.

Beitrittserklärung

Name, Vorname: _____

Straße: _____

PLZ/Wohnort: _____

Geburtsdatum: _____

Email: _____

Tel-Nr.: _____

Mit dem Beitritt erkenne ich die Vereinssatzung des Fördervereins Wachkomapatienten Rogglfing und Umgebung e.V. an.
Der Austritt ist jederzeit möglich und muss schriftlich beim Vorstand angezeigt werden.

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats:

Die Entrichtung des Beitrages erfolgt durch jährlichen Bankeinzug regelmäßig zum 01. April

Zahlungsempfänger: Förderverein Wachkomapatienten Rogglfing und Umgebung e.V.
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE75ZZZ00000100469
Mandatsreferenz: = Mitgliedsnummer des Zahlers

Ich/Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger, Förderverein Wachkomapatienten Rogglfing und Umgebung e.V., Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich/wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger auf mein/unser Konto gezogene Lastschrift einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

(genaue Bezeichnung des Kreditinstitutes, Bankleitzahl bzw. BIC)

Kontonummer bzw. IBAN

Kontoinhaber

Derzeitiger Mindestbeitrag: 25,00 Euro jährlich

Bankverbindung: IBAN: DE03743514300010170967, BIC: BYLADEM1EGF, Sparkasse Rottal-Inn

Datum: _____

Unterschrift: _____