

Beitrittserklärung



Selbsthilfe Vaskulitis e.V.

Mitglied-Nr.: _____
(vom Zahlungsempfänger auszufüllen)

Unter Anerkennung der Vereinssatzung, die mir auf Wunsch gerne ausgehändigt wird und zur Einsicht jederzeit vorliegt, erkläre ich/wir hiermit meinen/unseren Beitritt zu o.g.Verein.

Herr/Frau/Familie/Firma

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße, Hausnr.: _____ PLZ, Wohnort _____

Telefonnr.: _____ / _____ Fax.: _____ / _____

Email-Adresse: _____

Hiermit erkläre(n) ich/wir den Beitritt zur Selbsthilfegruppe-Vaskulitis e.V.

Als Jahresbeitrag möchte(n) ich/wir _____ € zahlen.

Der Jahresmindestbeitrag beträgt 24,00.-€

Die Zahlung erfolgt jährlich jeweils für das Kalenderjahr.

X _____
(Ort, Datum) (Unterschrift / Stempel)

Anschrift:
Selbsthilfe Vaskulitis e.V.
Hauptstraße 6
54526 Landscheid/Eifel

Bankverbindung:
Sparkasse Mittelmosel EMH
BLZ. 587 512 30 Kto Nr. 32384802
BIC: MALADE51BKS IBAN: DE45 5875 1230 0032 3848 02

SEPA-Lastschriftmandat

SEPA Direct Debit Mandate

Selbsthilfe Vaskulitis e.V.

Name des Zahlungsempfänger / Creditor name:

Selbsthilfe Vaskulitis e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor adress

Straße und Hausnummer / street name und number:

Hauptstraße 6

Postleitzahl und Ort / Postal and City

D – 54526 Landscheid/Eifel

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

DE90ZZZ00000707225

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) Mandate reference (to be completed by the creditor)

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger **Selbsthilfe Vaskulitis e.V.** Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschriften einzuziehen.. Zugleich (B) weise ich / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger – **Selbsthilfe Vaskulitis e.V.** - auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann / Wir können innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

By signing this mandate from, you authorise (A) the creditor **Selbsthilfe Vaskulitis e.V.** to send instructions to your bank to debit your account an (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor

Selbsthilfe Vaskulitis e.V.

As part of your rights, entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

Zahlungsart / Type of payment

 Wiederkehrende Zahlungen / Recurrent payment Einmalige Zahlung / One-off payment

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name:

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) Debtor address

Straße und Hausnummer / Street name und number:

Land / Country Postleitzahl / Postal code Ort / city

IBAN des Zahlungspflichtigen (max 35 Stellen) / IBAN of the debtor (max 35 characters)

Alte KontoNr.

BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters)

Bank Name:

Bankleitzahl:

Ort / Location:

Datum (TT/MM/JJJJ) Date (DD/MM/YYYY)

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber / Signature of the debtor):

Hinweis: Meine / Unsere Rechte zu dem obigen Mandat sind in einem Merkblatt enthalten, das ich / wir von meinem / unserem Kreditinstitut erhalten kann.

Note: Your rights regarding the above mandate are explained in a statement that you can obtain from your bank

Selbsthilfe Vaskulitis e.V.

Hauptstr.6

54526 Landscheid/Eifel

Bankverbindung:

Sparkasse Mittelmosel EMH

BLZ. 587 512 30 **Kto Nr.** 32384802**BIC:** MALADE51BKS **IBAN:** DE45 5875 1230 0032 3848 02