Beitrittserklärung

Ich erkläre hiermit für mich - und meine Familie - den Beitritt zum Krankenpflege- und Förderverein für die Nächstenhilfe Trochtelfingen e.V., Rathausplatz 9, 72818 Trochtelfingen.
Ich erkenne die Vereinssatzung an und stimme der Datenerhebung zu. Sämtliche Änderungen der persönlichen Daten (Anschrift bzw. Bankverbindung) teile ich dem Verein unverzüglich mit.

_____

Vorname, Nachname

_____

Straße, Hausnummer

_____

PLZ, Wohnort

_____

E-Mail Adresse

_____

Geburtsdatum

_____

Eintrittsdatum

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE88KPV00000217993 Mandatsreferenz wird später mitgeteilt.

Ich ermächtige den Krankenpflege- und Förderverein für die Nächstenhilfe Trochtelfingen e.V. die jährliche Mitgliedsbeiträge von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.
Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Krankenpflege- und Förderverein für die Nächstenhilfe Trochtelfingen e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Der Beitrag wird am 1.4. jeden Jahres abgebucht.
Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belastenden Betrags verlangen.

DE _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _

_____

IBAN

_____

BIC

_____

Name der Bank

_____

Ort, Datum Unterschrift des Mitglieds