

# BEITRITTSERKLÄRUNG

Hiermit erkläre ich meine Mitgliedschaft beim

**Krankenpflegeförderverein Mundelsheim e.V.**  
**74395 Mundelsheim**

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Straße, Nr. \_\_\_\_\_

Wohnort \_\_\_\_\_

Datum/Unterschrift \_\_\_\_\_

Jahresbeitrag z. Zt. 15,00 € (Einzelperson oder Familie)

## SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE 11ZZZ00000426862

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

Ich ermächtige den Krankenpflegeförderverein Mundelsheim e.V. den Mitgliedsbeitrag von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Krankenpflegeförderverein 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.

Kontoinhaber (Vorname, Name)	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	
Kreditinstitut	BIC <sup>1</sup>
IBAN	
Ort, Datum	
Unterschrift(en)	

1 Hinweis: Ab 01.02.2014 kann die Angabe des BIC entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt.