

# Beitrittserklärung

## Hiermit möchte ich / wir

Herr / Frau .....(Vor- u. Zuname) geb. am: .....

Herr / Frau .....(Vor- u. Zuname) geb. am: .....

wohnhaft in: .....  
Postleitzahl / Ort

Strasse / Haus Nr. ....

Tel. Nr. ....E-Mail: .....

**dem Christlichen Krankenpflegeverein Wössingen e.V. beitreten.  
Die Satzung ist mir / uns bekannt und wird von mir / uns anerkannt.**

Datum:.....Unterschrift(en) .....

# SEPA – Lastschriftmandat



Christlicher Krankenpflegeverein Wössingen , Im Kronengarten 1, 75045 Walzbachtal

Gläubiger – Identifikationsnummer : **DE13ZZZ00000535466**

Mandatsreferenz : wird Ihnen separat mitgeteilt

Ich ermächtige den Christlichen Krankenpflegeverein Wössingen von meinem Konto mittels Lastschrift den Mitgliedsbeitrag in Höhe von € **25,-** einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Christlichen Krankenpflegeverein auf mein Konto gezogene Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belastenden Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

.....  
Vorname und Name ( Kontoinhaber )

.....  
( Straße und Hausnummer

.....  
Postleitzahl und Ort

.....  
( Kreditinstitut ( Name und BIC )

DE \_ \_ / \_ \_ \_ \_ / \_ \_ \_ \_ / \_ \_ \_ \_ / \_ \_ \_ \_ / \_ \_

**( Ihre IBAN und den BIC finden Sie z.B. auch auf Ihrem Kontoauszug )**

\_\_\_\_\_  
( Datum, Ort und Unterschrift )