Syrienhilfe Vorderhunsrück e.V.
Allgemeinmedizinische Praxis| Spesenrother Weg 1 | 56288 Kastellaun

Beitrittserklärung

hiermit beantrage ich,

Name, Vorname: …….

Straße: …….

PLZ, Ort: …….

Geburtsdatum: …….

Telefon: …….

E-Mail: ……

die Mitgliedschaft im Syrienhilfe Vorderhunsrück e.V.

Jahresbeitrag:

Mein Jahresbeitrag: …….

(Die Höhe des Beitrages setzt jedes Mitglied freiwillig selbst fest, mindestens jedoch 20,00 Euro jährlich.)

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift

Syrienhilfe Vorderhunsrück e.V.
Allgemeinmedizinische Praxis| Spesenrother Weg 1 | 56288 Kastellaun
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE86ZZZ00001817947

SEPA-Lastschriftmandat

Mandatsreferenz: (wird separat mitgeteilt)

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger Syrienhilfe Vorderhunsrück e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger Syrienhilfe Vorderhunsrück e.V. 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.

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

Name, Vorname:
(Kontoinhaber) ……..

Straße: ……..

PLZ, Ort: ……..

IBAN:

BIC:

_____,
Ort Datum

_____
Unterschrift Kontoinhaber