

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zur
Initiativgruppe Gliedermaßenamputierter

Name	Vorname	Geburtsdatum
Beitrittsdatum	Tel.-Nr.	E-Mail
Straße Hausnr.	Postleitzahl	Ort

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die „Initiativ-Gruppe Gliedermaßenamputierter“ Zahlungen mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der „Initiativ-Gruppe Gliedermaßenamputierter“ auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Mitgliedsnummer:
(wird vom Verein vergeben)

Name/Vorname (Kontoinhaber):

Straße/Hausnummer und Postleitzahl/Ort

DE
Internationale Bankkontonummer – IBAN des Kontoinhabers

SWIFT – BIC Kreditinstitut

Daten des Zahlungsempfängers

Name/Anschrift

Kreditinstitut: Evangelische Kreditgenossenschaft, Kassel, BIC: GENODEF 1EK1

Gläubiger-ID / IBAN: __DE36520604100005363748

Datum, Ort und Unterschrift