

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zur
Initiativgruppe Gliedermaßenamputierter e.V.

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

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die „Initiativgruppe Gliedermaßenamputierter e.V.“ Zahlungen mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der „Initiativgruppe Gliedermaßenamputierter e.V.“ 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

BIC

Kreditinstitut

Daten des Zahlungsempfängers

Initiativgruppe Gliedermaßenamputierter e.V., Im Winkel 11, 90518 Altdorf

Name/Anschrift

DE36 5206 0410 0005 3637 48

Internationale Bankkontonummer – IBAN des Gläubigers

GENODEF1EK1

BIC

Kreditinstitut

Ort/Datum

Unterschrift