

# Mitgliedsantrag und SEPA-Lastschrift-Mandat

Ja, ich möchte die Arbeit des **KRANKENPFLEGEVEREIN AUKRUG e. V.** als förderndes Mitglied unterstützen:

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

Plz/ Ort: \_\_\_\_\_

## SEPA-Lastschrift-Mandat

Hiermit ermächtige ich den **KRANKENPFLEGEVEREIN AUKRUG e. V.**, bis auf Widerruf einen Jahresbeitrag i. H. v. \_\_\_\_\_ € (mindestens 12 €)

- halbjährlich zum 01.01. und 01.07. j. J. \*
- jährlich zum 01.01. j. J. \*

\* Zutreffendes bitte ankreuzen; erstmals anteilig an dem Monatsersten, der dem Beginn der Mitgliedschaft folgt.

zulasten meiner Bankverbindung

Kreditinstitut: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

IBAN: DE \_\_\_\_\_

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

einziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom **KRANKENPFLEGEVEREIN AUKRUG e. V.** auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Lastschrift werde ich über den Einzug dieser Verfahrensart informiert.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Kontoinhabers  
(sofern nicht Antragsteller)