

Beitrittserklärung

(incl. SEPA-Lastschrift-Mandat)

Name	Vorname

Straße und Hausnummer	PLZ	Ort

Tel. privat	Handy Nr.

e-Mail

Geburtsdatum	<input type="text"/>	Mandatsreferenznummer	wird separat mitgeteilt
--------------	----------------------	-----------------------	-------------------------

Unsere Gläubiger-Identifikations-Nr.	<input type="text"/> D E 8 1 Z Z Z 0 0 0 0 1 3 5 5 7 2
--------------------------------------	--

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt in den Verein
 und erkenne die gültigen Vereinsstatuten als bindend an.

Mein Beitritt erfolgt zum

<input type="text"/>

(wird vom Verein eingetragen)

Vereinsbeitrag (jährlich):	Euro

mind. 15,00 Euro

Ich ermächtige den **Krebsverein Schwäbisch Hall e.V.** jährlich am 01.05. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Krebsverein Schwäbisch Hall 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.

Kto.-Nr.	<input type="text"/>	BLZ	<input type="text"/>
IBAN	<input type="text"/>		
bei Bank	<input type="text"/>		

Ort, Datum

Unterschrift