

Sparkassenplatz 6
74523 Schwäbisch Hall

Telefon: 0791 8 94 02
info@krebsverein-sha.de
www.krebsverein-sha.de

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"/> D E | | |
| bei Bank | BIC | <input type="text"/> | |