

Beitrittserklärung AKTX-Pflege e.V.

Arbeitskreis Transplantationspflege
(SEPA-Lastschrift-Mandat)

Name	Vorname

Straße und Hausnummer	PLZ	Ort
Arbeitgeber	PLZ	Ort

Tel. privat		Handy Nr.	
-------------	--	-----------	--

e-Mail			
<input type="radio"/> Ja, ich möchte über News und Veranstaltungen per Email informiert werden.	<input type="radio"/> Ja, ich möchte aktiv im Verein mitarbeiten (in Arbeitsgruppen oder ähnliches)		

Geburtstag		Mitgliedsnummer	
		wird vom Verein vergeben als Mandatsreferenz nutzbar	

Unsere Gläubiger-Identifikations-Nr.	DE 16ZZZ00001396287
--------------------------------------	---------------------

Mein Beitritt erfolgt zum

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

--

(wird vom Verein eingetragen)

Vereinsbeitrag

Ich ermächtige **den AKTX-Pflege e.V. jährlich am 01.04** Zahlungen (30,00 €) von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom AKTX Pflege 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. BLZ

IBAN

BIC

Bank

Ort, Datum

Unterschrift