

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich/wir Herr / Frau
Vor- und Nachname

geb. am..... Tel.Nr.....

PLZ..... Ort

Straße..... Nr.....

meinen Beitritt zum Ev. Krankenpflegeverein Rhodt ab.....
inkl. Ehegatten und Kinder bis 18 Jahre

Ehegatte.....
Name Geb. Datum

Kinder.....
Name Geb. Datum

Kinder.....
Name Geb. Datum

Kinder.....
Name Geb. Datum

Rhodt, den.....
Unterschrift

Bitte beim Vorstand abgeben

Oder zahlen/überweisen Sie Ihren Jahresbeitrag jeweils zum 15.2. auf unser Konto ein
VR Bank Südpfalz BIC GENO DE61 SUW
 IBAN DE44 5486 2500 0005 0033 69

Sparkasse SÜW BIC SOLADES 1SUW
 IBAN DE11 5485 0010 0000 0093 73

SEPA - Basislastschrift - Mandat

Zahlungsempfänger: Ev. Krankenpflegeverein Rhodt
Herrengasse 16 76835 Rhodt u. R.
Gläubiger - ID Nr. DE74 0000 0000 444 643

Mandatsreferenz (Mitgliedsnr.) :

Ich / wir ermächtige(n) den Ev. Krankenpflegeverein Rhodt u. R.
Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen
Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an die von
Ev. Krankenpflegeverein Rhodt u. R.
auf mein/unser Konto gezogene(n) Lastschriften einzulösen

Hinweis: Ich/wir können innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum
die Erstattung des belasteten Beitrags verlangen
Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen

Name Kontoinhaber.....

Straße..... Nr.....

PLZ..... Ort

Land.....

Nachfolgende Angaben finden sind auf Ihren Bankkarten

Bank Mitglied

BIC Mitglied

IBAN Mitglied

Zahlungsart: wiederkehrende Zahlung zum 15.2. (Jahresbeitrag z.Z. 22 €)

unterzeichnet Ort..... Datum.....

Unterschrift Kto. Inhaber.....