BEITRITTSERKLÄRUNG mit SEPA-Lastschriftmandat

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Freundes- und Förderkreis für das DRK Krankenhaus Hachenburg e.V., Alte Frankfurter Straße 12, 57627 Hachenburg

Name, Vorname/Firma _____

Straße, PLZ, Ort _____

Geburtsdatum _____ Telefon Nr. _____

E-Mail _____

Die erhobenen Daten dienen ausschließlich der Vereinsarbeit und werden vom Freundes- und Förderkreis für das DRK Krankenhaus Hachenburg e.V. zum Zweck vereinsinterner Daten- und Textverarbeitung elektronisch gespeichert, verarbeitet und genutzt.

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-ID: DE56ZZZ00000566023
Mandatsreferenz = Mitgliedsnummer (wird separat mitgeteilt)

Ich ermächtige den Freundes- und Förderkreis für das DRK Krankenhaus Hachenburg e.V. die Zahlungen mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Freundes-und Förderkreis für das DRK Krankenhaus Hachenburg 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.
Zahlungart: Wiederkehrende Zahlung

- ☐ Einzelmitglied 24 Euro/Jahr
- ☐ Familie 40 Euro/Jahr
- ☐ Auszubildender/Schüler 12 Euro
- ☐ Kooperatives Mitglied/ Juristische Person (Firmen, Institutionen) 100 Euro
- ☐ Ich spende einmalig _____ Euro
- ☐ Ich spende neben dem Betrag _____ Euro

Vor- und Nachname des Kontoinhabers

IBAN (ehemals Kontonummer)

BIC (ehemals Bankleitzahl)

_____
Kreditinstitut

Unterschrift

Datum T T M M J J