

An den
Evangelischen Verein für Krankenpflege e. V.
Von-Raumer-Str. 2a

91550 Dinkelsbühl

BEITRITTSERKLÄRUNG

Name

Vorname

Geburtsdatum

PLZ Wohnort

Straße

Beitrittsdatum

Ort, Datum

Unterschrift

Hiermit ermächtige ich den Evangelischen Verein für Krankenpflege e.V. in Dinkelsbühl **widerruflich**, den von mir zu entrichtenden

Jahresbeitrag von _____ € jeweils am **1. Juli** jeden Jahres abzubuchen. (Mindestbeitrag pro Jahr: 21,00 €)

Ich ersuche um Ausstellung einer Spendenquittung: Ja Nein

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Bitte Rückseite ausfüllen

Der Glaube ist kein Standpunkt, sondern ein Weg.

Bankverbindung: Kreis- und Stadtparkasse Dinkelsbühl IBAN: DE94 7655 1020 0000 5425 55, BIC: BYLADEM1DKB
Volksbank Dinkelsbühl IBAN: DE14 7659 1000 0000 0030 18, BIC: GENODEF1DKV

Wir sind Mitglied des Diakonischen Werkes Bayern.

SEPA-Lastschriftmandat SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

Evang. Verein für Krankenpflege e. V.

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Von-Raumer-Str. 2a

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

91550 Dinkelsbühl

Land / Country:

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

DE68 ZZZ0 0000 346587

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger "**automatisierter Name Zahlungsempf. von oben**" Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger "**automatisierter Name Zahlungsempf. von oben**" auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann / Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor "**automatisierter Name Zahlungsempf. von oben**" to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor "**automatisierter Name Zahlungsempf. von oben**".

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

Zahlungsart / Type of payment:

Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment Einmalige Zahlung / One-off payment

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name:

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor address

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

Land / Country:

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 35 characters):

BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):

Ort / Location:

Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor:

Hinweis: Meine / Unsere Rechte zu dem obigen Mandat sind in einem Merkblatt enthalten, das ich / wir von meinem / unserem Kreditinstitut erhalten kann.
Note: Your rights regarding the above mandate are explained in a statement that you can obtain from your bank.