



## Krankenpflege Gemmingen+Stebbach e.V.

Dorfplatz 1  
75050 Gemmingen/Stebbach

Telefon: 07267/1472

### Beitrittserklärung:

Ich trete mit Wirkung vom \_\_\_\_\_  
dem Krankenpflege Gemmingen+Stebbach e.V. bei.

Mir ist bekannt, dass der Mitgliedsbeitrag z. Zt. 30,00€ je Kalenderjahr beträgt.

Name und Vorname

Straße

Wohnort

Telefon

Geburtsdatum

Datum/Unterschrift

### Einzugsermächtigung:

Bitte benutzen Sie hierzu die folgende Seite, um uns das SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende Zahlungen zu erlauben.

**Bitte senden Sie uns beide Seiten** Ihrer ausgefüllten Beitrittserklärung per Post an obenstehende Adresse bzw. per Fax unter 07267/9619747.

## SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende Zahlungen

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

**Krankenpflege Gemmingen + Stebbach e.V.**  
**Dorfplatz 1**  
**75050 Gemmingen**

Gläubigeridentifikationsnummer (CI)  
**DE 22 ZZZ 00000662083**

Mandatsreferenz **WIRD SEPARAT MITGETEILT**

### SEPA-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n) den Krankenpflege Gemmingen + Stebbach e.V. Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom Krankenpflege Gemmingen + Stebbach e.V. 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.

Kontoinhaber (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

Kreditinstitut

IBAN

|BIC\*

\*Hinweis: Ab 01.02.2014 kann die Angabe des BIC entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt.

Ort, Datum

Unterschrift

**Vom Kontoinhaber abweichendes Mitglied**  
**DIESES SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT GILT FÜR DIE MITGLIEDSCHAFT VON**

Vorname und Name