



Verein für ambulante Krankenpflege
in Schweinfurt e.V.

Friedenstr. 8, 97421 Schweinfurt

Mitgliedsantrag

Name / Vorname _____

Straße und Hausnummer _____

Postleitzahl und Ort _____

Geburtsdatum _____

E-Mail _____ Telefon _____

Jahresbeitrag 20 €. Mein persönlicher Jahresbeitrag beträgt _____ €.

Ich spende einmalig _____ €.

(Bei Spenden über 50 € erhalten Sie eine Spendenbescheinigung für das Finanzamt.)

() **Die „Anlage zur Datenschutzgrundverordnung DSGVO“ habe ich zur Kenntnis genommen und verstanden.**

() **Durch meine Unterschrift erkenne ich die Satzung sowie die Ordnungen des Vereins in der jeweils gültigen Fassung als für mich verbindlich an. Die aktuelle Fassung der Satzung wurde mir ausgehändigt.**

Datum _____ Unterschrift _____

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubigeridentifikationsnummer: DE10ZZZ00000022002

Ich ermächtige den Verein für ambulante Krankenpflege in Schweinfurt e. V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verein für ambulante Krankenpflege in Schweinfurt e. V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vor- und Nachname Kontoinhaber _____

IBAN _____ BIC _____

Schweinfurt _____ Unterschrift _____