

An den Krankenpflegeverein Murrhardt e.V.

- Blumstr. 20 – 71540 Murrhardt – Tel.: 07192/909100 – Fax 07192/909105

E-Mail: info@diakonie-ambulant.info

Net: www.diakonie-ambulant.info (Krankenpflegeverein Murrhardt)

Bankverbindung: Kreissparkasse Waiblingen; IBAN: DE67 60250010 0000600448; BIC: SOLADES1WBN

SEPA-Lastschriftmandat: Gläubiger-Identifikationsnummer: DE17ZZZ00000253221

Ich möchte Mitglied im Krankenpflegeverein Murrhardt e.V. werden. Die Mitgliedschaft gilt für **1 Jahr** und **verlängert sich jeweils um ein volles Jahr**, solange sie nicht vor Beginn dieses Jahres **schriftlich gekündigt wird**. Der Jahresbeitrag beträgt 18,00 €. Für dessen Einzug als wiederkehrende Zahlung erteile ich hiermit gleichzeitig eine Einzugsermächtigung und ein SEPA-Lastschriftmandat.

Vorname und Name (Kontoinhaber)	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße und Hausnummer	Postleitzahl und Ort
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Konto-Nummer	BLZ
<input type="text"/>	<input type="text"/>
IBAN (falls bekannt)	
<input type="text"/>	
BIC (8 oder 11 Stellen) (falls bekannt)	
<input type="text"/>	
Ort	Datum
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Unterschrift	
<input type="text"/>	

Ich ermächtige den Krankenpflegeverein Murrhardt e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Krankenpflegeverein Murrhardt e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung.