

Mitgliedschaftsantrag



Zurück ins Leben e.V.

Vorname

Nachname

Straße

PLZ, Wohnort

Telefon

Email

Geburtsdatum

Beruf

Ich beantrage hiermit die Mitgliedschaft bei Zurück ins Leben e.V. als:

Aktives Mitglied (Jahresbeitrag: mind. 25 Euro)

Passives Mitglied (Jahresbeitrag: mind. 25 Euro)

Datum

Unterschrift

SEPA - Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikations-Nr.: DE89ZZZ00001359374

Ich ermächtige ZiL e.V. den unten genannten Mitgliedsbeitrag zum 1. März jährlich von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von ZiL 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.

Mitgliedsbeitrag: _____ **Euro**

Kontoinhaber: _____

Bankverbindung: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Datum

Unterschrift

Die Mandatsreferenz wird separat mit der Einzugsermächtigung mitgeteilt (bei der 1. Belastung). Bei Wechsel der Bank oder Änderungen der Bankdaten bitte unverzüglich ZiL e.V. informieren.

Bankverbindung: Konto-Nr. 73 272 29 BLZ: 654 500 70
BIC: SBCRDE66 IBAN: DE04 6545 0070 0007 3272 29