



## Beitrittserklärung

Ich, \_\_\_\_\_, geb. \_\_\_\_\_ erkläre  
*beitretendes Mitglied*

hiermit meinen Beitritt zum Krankenpflegeverein-Bürgerhilfe Mönchberg.

Der Mindestbeitrag beträgt pro Jahr 20,00 €, höherer Beitrag möglich.

Ich zahle pro Jahr: \_\_\_\_\_ €

---

*Ort, Datum, Unterschrift*

### Einzugsermächtigung:

Ich ermächtige/wir ermächtigen den Krankenpflegeverein-Bürgerhilfe Mönchberg e.V. widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem/unserem Konto einzuziehen.

### SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige/wir ermächtigen den Krankenpflegeverein-Bürgerhilfe Mönchberg e.V. Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Krankenpflegeverein-Bürgerhilfe Mönchberg 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.

**Zahlungsempfängers:**

**Krankenpflegeverein-Bürgerhilfe Mönchberg e. V.  
z. Hd. Karl-Heinz Hegmann  
Hagring 38  
63933 Mönchberg**

**Gläubiger-Identifikationsnummer:  
DE31 ZZZO 0000 3961 41**

**Mandatsreferenz: (vom Zahlungsempfänger auszufüllen)**

\_\_\_\_\_

**Zahlungsart:**

**Wiederkehrende Zahlung**

**Einmalige Zahlung**

**Kontoinhaber:** \_\_\_\_\_

**Anschrift des Kontoinhabers:** \_\_\_\_\_

**IBAN/Konto-Nr.:** \_\_\_\_\_

**BIC/BLZ:** \_\_\_\_\_

**Telefon/E-Mail:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Ort, Datum, Unterschrift des Kontoinhabers*