Mitgliedsantrag im

Verein der Palliativ-Care-Teams im Kreis Böblingen e. V., Fronäckerstr. 30, 71272 Renningen

Internet: www.verein-pct.de **Gläubiger-Identifikationsnummer: DE43ZZZ00000077668**
Mandatsreferenz

Mitglieds-Nr.: _____ (wird vom Verein eingetragen)

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Geburtsdatum: _____

Die Satzung und die Ziele des Vereins der Palliativ-Care-Teams im Kreis Böblingen e. V. sind mir bekannt.

Der Mitgliedsbeitrag beträgt 10.- EUR jährlich. Ich möchte den Mitgliedsbeitrag

☐ überweisen (Volksbank Region Leonberg, IBAN: DE87 6039 0300 0364 5010 06 – BIC: GENODES1LEO)

☐ per Bank-Einzugsermächtigung einziehen lassen. **SEPA-Lastschriftmandat:**
Ich ermächtige den Verein der Palliativ-Care-Teams im Kreis Böblingen e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem Verein der Palliativ-Care-Teams im Kreis Böblingen 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.

Kontoinhaber: _____
(Name, Adresse)

IBAN: **DE**__|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___

BIC: _____ **Name der Bank:** _____

Datum Unterschrift:_____
(bei Kindern und Jugendlichen Unterschrift des gesetzlichen Vertreters)

Alle die Mitgliedschaft betreffenden Änderungen sind dem Verein schriftlich mitzuteilen

Version: 04/2014