

Werden Sie Mitglied!

Durch Ihren Beitritt als förderndes Mitglied unterstützen Sie die Dienste der Diakoniestation Marktredwitz.
Wenn Sie Mitglied in unserem Verein werden möchten, füllen Sie bitte untenstehende Beitrittserklärung aus.
Der Mitgliedsbeitrag ist steuerbegünstigt.

Beitrittserklärung

Familiename: _____

Vorname: _____

Geburtstag: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Wohnort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____



Hiermit erkläre ich meine Mitgliedschaft im Verein für Gemeindediakonie Marktredwitz und Umgebung e.V.

Mein Mitgliedsbeitrag beträgt jährlich _____ € (Mindestbeitrag 20,- €)

Ich bin einverstanden, dass die personenbezogenen Daten gemäß Bundesdatenschutzgesetz für vereinsinterne Zwecke gespeichert werden.

Ort Datum Unterschrift

Einzugsermächtigung siehe Anlage. Bitte ausfüllen!

Diese Erklärung können Sie per Brief senden an:

Verein für Gemeindediakonie Marktredwitz und Umgebung e.V.
Freiherr-vom-Stein-Str. 1
95615 Marktredwitz

oder

per E-Mail an: info@diakoniestation-mak.de

oder

per Fax an: (09231) 962823

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Name des Zahlungsempfängers:

Verein für Gemeindediakonie Marktrechwitz und Umgebung e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers**Straße und Hausnummer:**

Freiherr-vom-Stein-Str. 1

Postleitzahl und Ort:

95615 Marktrechwitz

Gläubiger-Identifikationsnummer:

DE10ZZZ00000118129

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):**Einzugsermächtigung:**

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben) widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem / unserem Konto einzuziehen.

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) 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.

Zahlungsart:

Wiederkehrende Zahlung

Einmalige Zahlung

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):**Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)****Straße und Hausnummer:****Postleitzahl und Ort:****IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen):**

DE

BIC (8 oder 11 Stellen):

DE

Ort:**Datum (TT/MM/JJJJ):****Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):**

Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Lastschrift wird mich / uns der Zahlungsempfänger (Name siehe oben) über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten.