



Worphüser Heimotfrünn Beitrittserklärung

Name: _____ Vorname: _____

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

E-Mail: _____

Geb.-Datum: _____ Geb.-Datum: _____

Datum: _____

Unterschrift(en): _____

Der Jahresbeitrag beträgt:

Für Einzelpersonen pro Jahr 18,00 Euro (= nur 1,50 Euro pro Monat)

Für Ehepaare pro Jahr 24,00 Euro (= für 2 Personen nur 2,00 Euro pro Monat)

Für Familien pro Jahr 30,00 Euro

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Gläubiger - Identifikationsnummer: DE12ZZZ0000088799 Mandatsreferenz: (wird separat mitgeteilt)

Ich ermächtige die Worphüser Heimotfrünn e.V., wiederkehrende Mitgliedsbeiträge von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von den Worphüser Heimotfrünn 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.

Vorname und Name (Kontoinhaber)

Postleitzahl, Ort, Straße und Hausnummer

Kreditinstitut (Name und BIC)

IBAN

Datum Unterschrift Kontoinhaber