



ANGEHÖRIGENBERATUNG e.V. Nürnberg

Beitrittserklärung

Ich werde Mitglied der Angehörigenberatung e.V. Nürnberg
Adam-Klein-Str. 6, 90429 Nürnberg
www.angehoerigenberatung-nbg.de

(Name Vorname)

(Straße Hausnummer)

(PLZ Ort)

(Telefon, Fax)

(Geburtsdatum)

Der Jahresbeitrag von **40,- EUR**

- soll einmal jährlich von meinem Konto abgebucht werden. Hiermit erteile ich der Angehörigenberatung e.V. Nürnberg eine Einzugsermächtigung für ein SEPA-Mandat von meinem Konto

SEPA-Lastschriftmandat

Angehörigenberatung e.V. Nürnberg, Adam-Klein-Str. 6, 90429 Nürnberg

Gläubiger-Identifikationsnummer:

DE52ZZZ00000299539

Mandatsreferenz:

Wird separat mitgeteilt

Ich ermächtige die Angehörigenberatung e.V. Nürnberg widerruflich, den von mir jeweils zum **01. März** zu entrichtenden Jahresbeitrag mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Angehörigenberatung e.V. Nürnberg auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

BIC Kreditinstitut

Name Kreditinstitut

DE _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _
IBAN

-
- überweise ich auf das Konto der Angehörigenberatung e.V. Nürnberg bei der Sparkasse Nürnberg
IBAN: DE67 7605 0101 0001 3674 98
BIC: SSKNDE77XXX

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben und erkläre mich mit der elektronischen Speicherung und Verarbeitung dieser Daten für vereinsinterne Zwecke einverstanden.

Ort, Datum,

Unterschrift