

Diabetiker - Selbsthilfe Pirmasens eV.

Gläubiger-ID: DE27ZZZ00000712045

SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende Zahlungen

MandID:

(Mitgliedsnummer)

Ich bin kein / seit _____ Diabetiker, Typ _____

und möchte ab _____ als ordentliches / förderndes Mitglied



der **Diabetiker - Selbsthilfe Pirmasens eV.** beitreten.

Name: _____ Straße: _____

Vorname: _____ Plz / Ort: _____

Geburtstag: _____ Telefon-Nr.: _____

Ich/Wir ermächtige(n) die **Diabetiker - Selbsthilfe Pirmasens eV.** Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von der **Diabetiker - Selbsthilfe Pirmasens eV.** auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber (nur ausfüllen, wenn von o.g. Mitgliedsdaten abweichend)

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ PLZ / Ort: _____

Bankverbindung:

IBAN: _____ BIC: _____

Bank / Sparkasse: _____

Der Beitrag wird jährlich zum **15.01.** oder – falls dieser Tag auf ein Wochenende fallen sollte – dem darauf folgenden Arbeitstag von o.g. Konto abgebucht. Die Beitragshöhe wird nach der jeweils gültigen Beitragsordnung der **Diabetiker - Selbsthilfe Pirmasens eV.** berechnet.

(Ort/Datum)

(Unterschriften des Mandanten sowie des Kontoinhabers unbedingt erforderlich)

Kontoverbindung: VR-Bank Pirmasens eG ✦ IBAN: DE03542900003530760013 ✦ BIC: GENODE61PS1 ✦ Gläubiger-ID: DE27ZZZ00000712045

Beitrittserklärung bitte zum nächsten Gruppenabend mitbringen