



## BEITRITTSERKLÄRUNG

Ich/Wir \_\_\_\_\_  
(Vor- und Zuname)

wohnhaft \_\_\_\_\_  
(Straße und Wohnort)

beantragen ab \_\_\_\_\_ bis auf weiteres die Mitgliedschaft im Verein für Krankenpflege und Nachbarschaftshilfe Creglingen e.V.

Ich/wir anerkenne/n hiermit die Satzung des Vereins.

In unserer Familie leben \_\_\_\_\_ Personen.

Ich/Wir erkläre/n mich/uns damit einverstanden, dass der Jahresbeitrag von 15,00 € abgebucht wird von meinem/unserem Konto

\_\_\_\_\_  
(Kontonummer)

\_\_\_\_\_  
(Bankinstitut)

\_\_\_\_\_  
(Bankleitzahl)

\_\_\_\_\_  
(Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)

# SEPA-Lastschriftmandat / SEPA Direct Debit Mandat

**DE56ZZZ00000451466** (Gläubiger-Identifikationsnummer / creditor identifier)



**Verein für Krankenpflege und Nachbarschaftshilfe e.V.**  
**Torstraße 2 – 97993 Creglingen**

Frau/Herrn/Firma \_\_\_\_\_

Ich ermächtige (Wir ermächtigen) den Verein für Krankenpflege und Nachbarschaftshilfe e.V., Creglingen, Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die vom Verein 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.

By signing this mandate form, I (we) authorise the municipality of Creglingen to send instructions to my (our) bank to debit my (our) account in accordance with the instructions from the creditor, the municipality of Creglingen. Note: I can (we can) demand a refund of the amount charged within eight weeks, starting with the date of the debit request. The terms and conditions agreed upon with my (our) financial institution apply.

Information: Die Lastschriften werden zu den Fälligkeitszeitpunkten bewirkt, die in den Bescheiden, Rechnungen, und Verträgen ausdrücklich genannt sind. Dort werden auch die genauen Einzugsbeträge genannt.

<b>Zahlungspflichtiger</b>	Name/ Name of the debtor
	Straße und Hausnummer / debtor Street and number
	Land, Postleitzahl und Ort / debtor Country debtor Postal code and City
	IBAN / debtor IBAN
	SWIFT BIC / debtor SWIFT BIC
Zahlung für	<u>Mandatsreferenz</u> (Mandatsreferenz- wird vom Zahlungsempfänger ausgefüllt) (Mandate reference - to be completed by the creditor)
	<input type="checkbox"/> <b>Mitgliedsbeitrag Verein 15,00 € jährlich</b> <span style="float: right;"><b>Jahresbeitrag</b></span> <input type="checkbox"/> <b>Pflegehausrechnungen</b> <span style="float: right;"><b>Re.-Nr.</b></span> <input type="checkbox"/> _____
	Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für die Vereinbarung mit dem Verein für Krankenpflege und Nachbarschaftshilfe e.V. This mandate is valid for the agreement with Verein für Krankenpflege und Nachbarschaftshilfe e.V.
	<input checked="" type="checkbox"/> Wiederkehrende Zahlung / recurrent payment <input type="checkbox"/> Einmalige Zahlung /one-off payment

Ort und Datum \_\_\_\_\_  
 City and date of signature(s)

Unterschrift(en)/Signatures \_\_\_\_\_