



Beitrittserklärung

SEPA-Lastschriftmandat

Ich erkläre hiermit meine Mitgliedschaft zur Behindertenhilfe Westpfalz e.V., Langwiedener Str. 12, 66849 Landstuhl, Tel. 06371/934 369
(Gläubigeridentifikationsnummer: DE51 ZZZ00000276471)

Personalien Mitglied

Vor- und Zuname

Geb. Datum

Straße, PLZ / Ort

Telefonnummer e-mail

Ich zahle einen jährlichen Mitgliedsbeitrag in Höhe von _____ € (Mindestbeitrag 54,-€)

Ich ermächtige die Behindertenhilfe Westpfalz e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Behindertenhilfe Westpfalz 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 hierbei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vor- und Zuname des Kontoinhabers
(sofern abweichend)

IBAN

BIC

Ort und Datum

Unterschrift Mitglied

Ort und Datum

Unterschrift Kontoinhaber