Verein zur Gesundheitsförderung Bad Rothenfelde e.V.
Auf der Stöwwe 11
49214 Bad Rothenfelde

Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage ich meine Mitgliedschaft (aktiv/passiv)
im Verein zur Gesundheitsförderung Bad Rothenfelde e.V.
zum:

_____

Der Vereinsbeitrag beträgt € 5,00 jährlich

Vorname	
Name	
Straße:	
PLZ Ort	
Geb. am:	
Tel. privat, inkl. Vorwahl	
Tel. dienstlich, inkl. Vorwahl	
Handy	
Mailadresse	

SEPA-Lastschrift-Mandat

Gläubiger ID des Vereins: DE03ZZZ00000369582

Ich ermächtige den „Verein zur Gesundheitsförderung Bad Rothenfelde e.V.“, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.
Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verein zur Gesundheitsförderung Bad Rothenfelde e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.
Zahlungsart: Wiederkehrende Lastschrift
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

Name, Vorname des Kontoinhabers

Straße und Hausnr.

PLZ, Ort

DE																			

IBAN

				D	**E**					

SWIFT Code Ihrer Bank

Name der Bank

Datum _____ Unterschrift _____

Stand: 21.02.2024