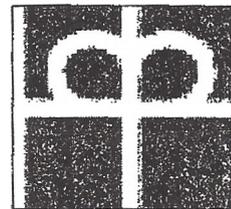


# Krankenpflege – Förderverein Löwenstein



Gläubiger-Identifikationsnummer DE 81 222 00000 352367

Mandatreferenz – Nummer .....

## Beitrittserklärung

Ich erkläre hiermit meinen Beitritt zum **Krankenpflege – Förderverein – Löwenstein** ab dem 1. Januar 20... und erkenne die geltende Satzung mit Beitragsordnung an.

Name ..... Telefon .....

Anschrift ..... Handy .....

..... Fax .....

Geburtstag .....

Löwenstein, den .....  
-Unterschrift-

## SEPA – Lastschriftmandat

Ich ermächtige den **Krankenpflege- Förderverein – Löwenstein** den von mir zu entrichtenden **MITGLIEDSBEITRAG** ( lt. Beitragsordnung) in Höhe von derzeit **Euro 16.00** jährlich bei Fälligkeit (ab Januar) von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Krankenpflege-Förderverein Löwenstein auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Name .....  
Anschrift .....  
.....  
Kreditinstitut .....  
IBAN DE .....

Löwenstein, den .....  
-Unterschrift-