

Arbeitskreis Suchtkrankenhilfe Bensheim Bergstrasse e. V

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich/wir meinen/unseren Beitritt zum **Arbeitskreis Suchtkrankenhilfe Bensheim Bergstrasse e.V.**

Name _____ Vorname _____ geb. _____

Straße _____ PLZ _____ Wohnort _____

Mitgliedsbeitrag - Euro _____ jährlich

Mindestbeitrag: EURO 12.-- jährlich

Bensheim, den _____

(Unterschrift/en)

1. SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Arbeitskreis Suchtkrankenhilfe Bensheim Bergstr. e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Arbeitskreis Suchtkrankenhilfe Bensheim Bergstr. e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

2. Meine Bankverbindung lautet

Name des Kontoinhabers:

Kreditinstitut:.....

BIC:.....

IBAN:.....

3. Ausgleich von Forderungen bei abweichendem Kontoinhaber

Soll das SEPA-Mandat nicht zum Ausgleich von Forderungen gegenüber dem Kontoinhaber dienen, sondern zum Beispiel für den Einzug der Mitgliedsbeiträge eines Partners des Kontoinhabers, so kreuzen Sie unten stehendes Kästchen an und geben Sie den Namen des Mitgliedes an.

Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für die Mitgliedschaft von

Name: _____ Vorname: _____

Unterschrift(en)

Postanschrift des e.V.
Arbeitskreis Suchtkrankenhilfe e.V. Pirmasenser Str. 2
68519 Viernheim
Bankverbindung des e.V. Bezirkssparkasse D- 64625 Bensheim
IBAN : DE 63 5095 0068 00010463 17
SWIFT BIC : HELADEF1BEN