

**Beitrittserklärung**

Hiermit erkläre ich/erklären wir die Mitgliedschaft beim  
 Krankenpflegeverein Böhmfeld.

Der Familien-Mitgliedsbeitrag beträgt 16 Euro.

**Mitglied 1** (Vorname/Name):

\_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

**Mitglied 2/Partner** (Vorname/Name):

\_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift Mitglied 1 \_\_\_\_\_

Unterschrift Mitglied 2 \_\_\_\_\_

**Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats****Zahlungsempfänger:**

Krankenpflegeverein Böhmfeld  
 Tulpenweg 5, 85113 Böhmfeld

**Gläubiger-Identifikationsnummer:**

DE72 ZZZ 000 000 356 30

**Mandatsreferenz:**

entspricht der Mitgliedsnummer (wird vom Verein ausgefüllt)

**SEPA-Lastschriftmandat:**

Ich ermächtige/Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger  
 (Name siehe oben) Zahlungen von meinem/unserem Konto  
 mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein/  
 weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger  
 (Name siehe oben) auf mein/unser Konto gezogenen Last-  
 schriften 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 mei-  
 nem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

**Zahlungsart:** Wiederkehrende Zahlung

**Zahlungspflichtiger (Kontoinhaber):**

\_\_\_\_\_

Vorname/Name

\_\_\_\_\_

Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_

Postleitzahl und Ort

\_\_\_\_\_

IBAN (max. 22 Stellen)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Datenschutz**

Ich/Wir stimme/n zu, dass meine/unsere Daten unter Beachtung  
 des Datenschutzrechtes verarbeitet und gespeichert werden.

Datum/Unterschrift 1 \_\_\_\_\_

Datum/Unterschrift 2 \_\_\_\_\_

Fotos innen:

DCV/KNA, Harald Oppitz; panthermedia.net/belahoche

**Bitte ausfüllen und abgeben bei:**

Krankenpflegeverein Böhmfeld

Beate Göppert

Tulpenweg 5

85113 Böhmfeld