

## **BEITRITTSERKLÄRUNG**

Familienname ..... Vorname .....

Geb.-Datum ..... Tel.-Nr. ....

Straße ..... PLZ, Ort .....

**Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Diakonieverein ab .....**

**Ich möchte die Arbeit des Vereins mit einem Jahresbeitrag von ..... € fördern**

**(Jahresmindestbeitrag 25,00 €).**

.....  
Ort, Datum

.....  
**Unterschrift**

### **SEPA-Lastschrift-Mandat**

Ich ermächtige Sie, den Mitgliedsbeitrag bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem Konto einzuziehen. Fällt der Belastungstermin auf ein Wochenende oder einen Feiertag verschiebt sich der Belastungstermin auf den nächsten Geschäftstag.  
Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Evang. Krankenverein Rothenburg 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 dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE78ZZZ00000372112

IBAN: DE .....

BIC: .....

.....  
Ort, Datum

.....  
**Unterschrift Kontoinhaber**