

Krankenpflegeverein
Lachen-Speyerdorf e.V.

Mitgliedsantrag

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße, Hausnr.: _____ PLZ, Ort: _____

Telefon/Mobil: _____ E-Mail: _____

Hiermit erkläre ich mit Wirkung vom _____ meine Mitgliedschaft im
(Datum)

Krankenpflegeverein Lachen-Speyerdorf e.V. 67435 Lachen-Speyerdorf

Datum: _____ Unterschrift: _____

SEPA-Lastschriftmandat

(Gläubiger-Identifikations-Nummer: DE67ZZZ00000520138)
(Mandatsreferenz-Nummer: wird noch mitgeteilt)

Hiermit ermächtige ich den Krankenpflegeverein Lachen-Speyerdorf e.V., Zahlungen von meinem Konto, derzeit jährlich € 30,-, mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Krankenpflegeverein Lachen-Speyerdorf e.V. gezogenen Lastschriften einzulösen.

Bankkonto:

IBAN:----- Name Kreditinstitut:-----

BIC:-----

Ort, Datum:-----

(Unterschrift)

Datenschutzerklärung: Mit dieser Erklärung willige ich ein, dass der Krankenpflegeverein Lachen-Speyerdorf e.V. sämtliche zur Verwaltung erforderlichen Daten (aus diesem Mitgliedsantrag) zu diesem Zweck speichern, verarbeiten und nutzen darf. Die Löschung dieser Daten erfolgt erst nach Beendigung meiner Mitgliedschaft im Verein im Rahmen der gesetzlichen Aufbewahrungspflicht.

Ort/Datum -----

Unterschrift:-----