

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Krankenpflegeverein Nabburg.

Der Beitrag wird jährlich durch den Krankenpflegeverein von meinem Konto eingezogen.

Vorname, Name

Straße, PLZ, Wohnort

Geburtsdatum

Ort und Datum

Unterschrift

SEPA Lastschriftmandat: wiederkehrende Zahlung

Zahlungsempfänger:

Krankenpflegeverein Nabburg
Kirchplatz 2, 92507 Nabburg

Gläubiger-Identifikationsnummer DE84ZZ00001102996

Ihre Mandatsreferenz wird Ihnen mit der Vorankündigung zum 1. SEPA-Lastschrifteneinzug mitgeteilt.

Ich ermächtige den Krankenpflegeverein Nabburg Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Krankenpflegeverein Nabburg auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis:

Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vorname, Name (Kontoinhaber)

Kreditinstitut (Name und BIC)

IBAN

Ort und Datum

Unterschrift