



Klinikclowns Peine (und umzu) e.V.i.G.
Kötherkamp 65
31228 Peine

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Verein Klinikclowns Peine (und umzu) e.V.i.G

| | |
|------------------------|----------------------|
| Name: | <input type="text"/> |
| Straße und Hausnummer: | <input type="text"/> |
| PLZ/Ort: | <input type="text"/> |
| Telefon: | <input type="text"/> |
| Geburtsdatum: | <input type="text"/> |
| Email-Adresse: | <input type="text"/> |

Ort, Datum

Unterschrift

SEPA – Lastschriftsmandat

| | |
|----------------------------------|--|
| Gläubiger-Identifikationsnummer: | DE |
| Mandatsreferenz: | wird separat mitgeteilt |
| Zahlungsart: | <input type="checkbox"/> jährliche Zahlung |





Ich ermächtige (wir ermächtigen) Klinikclowns Peine (und umzu) e.V.i.G. Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Der aktuell gültige Beitrag über wird jährlich zum per Lastschrift eingezogen.

Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von Klinikclowns Peine (und umzu) auf mein (unser) 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.

| | |
|-----------------|--|
| Kontoinhaber: | <input type="text"/> |
| IBAN: | <input type="text"/> |
| BIC: | <input type="text"/> |
| Land: | <input type="checkbox"/> Deutschland oder <input type="checkbox"/> (falls nicht Deutschland) |
| Kreditinstitut: | <input type="text"/> |

Ort, Datum

Unterschrift

