

Arbeitskreis Suchtkrankenhilfe Bensheim Bergstrasse e. V

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich/wir meinen/unseren Beitritt zum **Arbeitskreis Suchtkrankenhilfe Bensheim Bergstrasse e.V.**

Name _____ Vorname _____ geb. _____

Straße _____ PLZ _____ Wohnort _____

Mail _____ Telefon / Handy _____

Mitgliedsbeitrag Euro _____ jährlich

Mindestbeitrag: EURO 20.-- jährlich

Bensheim, den _____

(Unterschrift/en)

1. SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Arbeitskreis Suchtkrankenhilfe Bensheim Bergstr. e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Arbeitskreis Suchtkrankenhilfe Bensheim Bergstr. e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belastenden Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Meine Bankverbindung lautet

Name des Kontoinhabers:

Kreditinstitut:

BIC:

IBAN:

2. Ausgleich von Forderungen bei abweichendem Kontoinhaber

Soll das SE PA-Mandat nicht zum Ausgleich von Forderungen gegenüber dem Kontoinhaber dienen, sondern zum Beispiel für den Einzug der Mitgliedsbeiträge eines Partners des Kontoinhabers, so kreuzen Sie untenstehendes Kästchen an und geben Sie den Namen des Mitgliedes an.

Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für die Mitgliedschaft von

Name: _____ Vorname: _____

Unterschrift(en)

Postanschrift des e.V.
Arbeitskreis Suchtkrankenhilfe e.V.
Postfach 1118
68601 Lampertheim

Bankverbindung des e.V. Bezirkssparkasse D- 64625 Bensheim

IBAN : DE 63 5095 0068 00010463 17

SWIFT BIC : HELADEF1 BEN