



Beitrittserklärung mit SEPA-Mandat

Treffpunkt-Demenz-Balve e.V. Sauerlandstrasse 8-12 . 58802 Balve
Telefon: 02375-204400 . Handy: 0160-94638463

www.treffpunkt-demenz-balve.de email: treffpunkt-demenz@t-online.de

Treffpunkt Demenz Balve e.V.

Sauerlandstrasse 8-12 . 58802 Balve

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich den Beitritt zum **Verein „Treffpunkt Demenz Balve e.V.“**

Name, Vorname Geburtsdatum

PLZ Wohnort, Straße, Hausnummer

Telefon/Handy/Email

Mitgliedsnummer Mandatsreferenz (werden vom Verein vergeben)

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats zum wiederkehrenden Einzug des Mitgliedsbeitrags in Höhe von 20,00€ jährlich

BIC IBAN

Kreditinstitut

Ich ermächtige den **Verein Treffpunkt Demenz Balve e.V.** , Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich meine Bank an, die vom **Verein Treffpunkt Demenz Balve e.V.** (Gläubiger-ID: DE40ZZZ00001510509) auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Der Mitgliedsbeitrag wird innerhalb von 14 Tagen nach Antrag erstmalig abgebucht. Weitergehend jährlich am 15.12. eines Jahres.

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.

Einwilligung gemäß § 3 des Bundesdatenschutzgesetzes: Ich erkläre mich damit einverstanden, dass im Rahmen des mit mir abgeschlossenen Aufnahmevertrages personenbezogene Daten über mich gespeichert werden.

Ort, Datum Unterschrift