



## 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