

Verein für Ambulante Krankenpflege
Bad Wörishofen e.V.
Ulmenweg 1
86825 Bad Wörishofen

Mitgliedsantrag

- Ja, ich will Mitglied werden im Verein für Ambulante Krankenpflege Bad Wörishofen e.V.
Der Jahresbeitrag beträgt **24,- Euro**.
- Ich will helfen mit einer **jährlichen Spende** von _____ Euro
- Ich will helfen mit einer **einmaligen Spende** von _____ Euro
- Die **einmalige Spende** soll sofort/am _____ von meinem Konto
abgebucht werden.
- Ich überweise Ihnen die Spende auf das Konto DE98 7316 0000 0000 8089 89
bei der Genossenschaftsbank Unterallgäu (GENODEF1MIR)
- Ich möchte mich als ehrenamtlicher Helfer engagieren. Bitte rufen Sie mich zurück
Telefon: _____
- Ich möchte den Vorsorgeservice des Vereins nutzen. Die **einmalige** pauschale Aufwands-
entschädigung zur Erstellung und Aushändigung der Vollmachten/Verfügungen beträgt pro
Person **50,00 Euro**.

Ihre persönlichen Daten:

Vorname: _____ Name: _____

Straße / Hausnummer: _____

Postleitzahl / Ort: _____ Telefon: _____

Geburtstag: _____

Datenschutzhinweis: Ich erkläre mich damit einverstanden, dass vorstehende Daten für
vereinsinterne Zwecke elektronisch gespeichert und verarbeitet werden

Datum

Ort

Unterschrift

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger Identifikationsnummer: DE46ZZZ00000266667
Mandatsreferenz: wird separat mitgeteilt

Ich ermächtige den Verein für Ambulante Krankenpflege Bad Wörishofen e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verein für Ambulante Krankenpflege Bad Wörishofen e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Der Mitgliedsbeitrag und jährliche Spenden werden künftig immer zum 1. März eines jeden Jahres eingezogen. Fällt der Fälligkeitstag auf ein Wochenende / einen Feiertag, findet der Einzug am folgenden Geschäftstag statt.

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.

Vorname und Name (Kontoinhaber/in), falls abweichend

Vorname _____ Name _____

IBAN DE ____|____|____|____|____|____

BIC _____

Name der Bank _____

Datum

Ort

Unterschrift