

zurück per Post oder per Fax: 08247 / 9626-26

an den  
Verein für Ambulante Krankenpflege  
Bad Wörishofen e.V.  
Schulstraße 8  
86825 Bad Wörishofen

## Mitgliedsantrag

- Ja, ich will Mitglied werden im Verein für Ambulante Krankenpflege Bad Wörishofen e.V. Der Jahresbeitrag beträgt **15,- 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 80 89 89 bei der Genossenschaftsbank Unterallgäu BLZ 731 600 00.
- Ich möchte mich als ehrenamtlicher Helfer engagieren. Bitte rufen Sie mich zurück unter \_\_\_\_\_

### 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 und 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

DE \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_  
IBAN (International Bank Account Number)

\_\_\_\_ | \_\_\_\_  
BIC (Bank Identifier Code, acht oder elf Stellen)      Kreditinstitut (Name)

---

Datum, Ort und Unterschrift