



Beitrittserklärung

Hiermit beantrage ich / wir die Mitgliedschaft im Verein
Förderung der außerklinischen Geburtshilfe Koblenz e.V.

Name, Vorname: _____
Straße: _____
PLZ / Ort: _____
E-Mail: _____

Ich / Wir möchte/n den Verein jährlich mit

- 15 EUR
- 25 EUR
- _____ EUR unterstützen.

Der Mitgliedsbeitrag wird per Lastschrift eingezogen. Es erfolgt keine Rechnungsstellung. Die Satzung des Vereins erkenne/n ich / wir an.

Ort, Datum

Unterschrift

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats für wiederkehrende Zahlungen:

Zahlungsempfänger: **Förderung der außerklinischen Geburtshilfe Koblenz e.V.**

Gläubiger-ID-Nummer: DE 07 ZZZ 0000 2384 103

Mandatsreferenz: *wird Ihnen vor Einzug per Mail mitgeteilt*

Kontoinhaber (falls abweichend von oben):

Name, Vorname, Straße, PLZ / Ort:

IBAN: _____

BIC: _____

Kreditinstitut: _____

Ich / Wir ermächtige/n den Verein „Förderung der außerklinischen Geburtshilfe Koblenz e.V.“ den oben eingetragenen Mitgliedsbeitrag mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise/n ich / wir mein / unser Kreditinstitut an, die auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Ich / Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ort, Datum

Unterschrift