

Fördermitgliedschaft juristischer Personen

Persönliche Daten

Firma / Institution

Ansprechpartner

Straße, Hausnummer

Telefon

Adresszusatz

Fax

PLZ, Ort

E-Mail

Eintrittsdatum

monatlicher Betrag (mindestens 20,00 €)

Zahlweise vierteljährlich

halbjährlich

jährlich

Ja, wir werden SRSH Fördermitglied.

Ort, Datum

Unterschrift

SEPA-Lastschriftenmandat

Gläubiger-ID: DE48SR000001527631

Mandatsreferenz: wird separat mitgeteilt

Kontoinhaber

IBAN

Bank / Kreditinstitut

BIC

Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich den Schlaganfall-Ring Schleswig-Holstein e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Schlaganfall-Ring Schleswig-Holstein e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Datum

Unterschrift / Stempel

Sie können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit Ihrem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Sie können Ihre Einzugsermächtigung selbstverständlich jederzeit kündigen.