

## Fördermitgliedschaft

### Persönliche Daten

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ / Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Fax

\_\_\_\_\_  
E-Mail

\_\_\_\_\_  
Geburtstag

Geschlecht  weiblich  männlich

\_\_\_\_\_  
Eintrittsdatum

\_\_\_\_\_  
monatlicher Betrag (mindestens 3,00 €)

Zahlweise  vierteljährlich  halbjährlich  jährlich

### Ja, ich werde 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.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

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.