

Ich möchte Fördermitglied werden!

Ja, ich stelle hiermit den Antrag auf Fördermitgliedschaft, um den Schlaganfall-Ring Schleswig-Holstein e.V. zu unterstützen.

Name

Vorname

Straße, Nummer

Postleitzahl, Ort

Telefon

E-Mail

Geschlecht weiblich männlich

Ich möchte folgenden
Jahresbeitrag spenden: 30 € 50 € 100 € oder frei wählbar: _____ €

Zahlweise: halbjährlich jährlich

Ich bin damit einverstanden, dass meine hier angegebenen Daten ausschließlich im Sinne des Vereins mittels EDV verarbeitet und gespeichert werden.

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.