



An den  
Krankenpflegeverein Dagersheim e.V.  
Luckenweg 10  
71034 Böblingen

- Vorstand**  
Luckenweg 10  
71034 Böblingen  
Telefon 0 70 31/67 11 01
- Finanzreferent**  
Telefon 0 70 31/864-4130

**Beitritt zum Krankenpflegeverein Dagersheim e.V.**

Hiermit trete/n ich/wir dem Krankenpflegeverein Dagersheim e.V. bei und gebe/n meine/unsere Zustimmung, den Mitgliedsbeitrag jährlich von folgendem Konto abzubuchen:

Beitrag:  Einzelperson (15,00 €)

Partnermitgliedschaft (20,00 €)

.....  
**Name, Vorname**

.....  
**Name, Vorname** (bei Partnermitgliedschaft)

.....  
**Geburtsdatum**

.....  
**Geburtsdatum** (bei Partnermitgliedschaft)

.....  
**Straße und Wohnort**

Gläubiger-Identifikationsnummer DE04ZZZ00000116782 (Krankenpflegeverein Dagersheim e.V.)  
Mandatsreferenz

**SEPA-Lastschriftmandat**

Ich ermächtige den Krankenpflegeverein Dagersheim e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Krankenpflegeverein Dagersheim e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten die dabei mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.  
Information zum Datenschutz: Die Datenschutzerklärung wird Ihnen zusammen mit dem Bestätigungsschreiben zugesandt.

.....  
**Vorname und Name (Kontoinhaber)**

.....  
**Straße und Hausnummer**

.....  
**Postleitzahl und Ort**

.....  
**Kreditinstitut (Name und BIC)**

.....  
DE

.....  
**IBAN**

.....  
Ort, Datum und Unterschrift