zweitesLEBEN e.V.
Sitz: Klinik für Neurologische Rehabilitation
Bezirksklinikum Regensburg, Universitätsstr. 84, 93053 Regensburg

BEITRITTSERKLÄRUNG

Ich erkläre in Kenntnis der Satzung meinen Beitritt zum Verein zweitesLEBEN e.V.

Name/Firma: .....

Vorname: .....

Straße + Nr.: .....

PLZ: …….. Ort: .....

E-Mail: .....

Tel.-Nr.: .....

Der Mitgliedsbeitrag beträgt laut Satzung zurzeit 30,- €. Freiwillig kann dieser jedoch auch höher sein. Gerne können Sie nachstehend Ihren Mitgliedsbeitrag selbst gestalten.

☐ 30,- € (Mindestbeitrag) ☐ 50,- € ☐ 75,- € ☐ Wunschbeitrag: _____ € (mindestens 30,- €)

Über den gezahlten Beitrag erstellt der Verein eine Zuwendungsbestätigung.

....
Datum Unterschrift

Um Verwaltungskosten zu sparen, bitten wir um die Teilnahme am Lastschriftverfahren. Falls Sie den Beitrag selbst überweisen möchten, finden Sie unsere Konto-Nr. im Internet unter www.zweiteslebenev.de.

SEPA – BASIS – LASTSCHRIFTERMÄCHTIGUNG

Zahlungsempfänger: Verein zweitesLEBEN e.V.
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE43ZZZ00000306685
Mandatsreferenz: s. Kontoauszug

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger widerruflich, meinen Jahresbeitrag bei Fälligkeit von dem folgenden Konto einzuziehen. Der Beitrag wird jährlich am 1. März fällig, bei Eintritt während des Jahres innerhalb eines Monats nach dem Eintrittsdatum.

IBAN: | D | E | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

....
Datum Unterschrift des Kontoinhabers

Kontoinhaber, wenn von oben abweichend:

Name: .....

Vorname: .....

Straße + Nr.: .....

PLZ: ..... Ort: .....