

Beitrittserklärung Müttergenesung

Gläubiger-ID: DE 70ZZZ00000568972

Ich möchte Mitglied werden im „Förderverein für Müttergenesung im Kirchenkreis Rendsburg-Eckernförde e. V.“ mit einem Mindestbeitrag von zurzeit 15 Euro / Jahr.

Name, Vorname

Straße

PLZ / Ort

Telefon

E-Mail

Geburtstag

Datum / Unterschrift

Hiermit ermächtige ich den Förderverein Müttergenesung im Kirchenkreises Rendsburg-Eckernförde e.V, den Beitrag von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Geldinstitut an, die vom Förderverein Müttergenesung im Kirchenkreises Rendsburg-Eckernförde e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Dieses Lastschriftmandat dient nur dem Einzug von Lastschriften auf das unten stehende Konto. Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Geldinstitut vereinbarten Bedingungen.

..... - - - - - / - - -
Kreditinstitut (Name und BIC)

DE _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _
IBAN

Datum / Unterschrift

Beitrags- und Spendenkonto:
Sparkasse Mittelholstein
IBAN: DE07 2145 0000 0000 0341 80
Mandatsreferenz wird gesondert zugestellt