

**An den Vorstand der Altenhilfe Treysa e.V.
Steingasse 48 · 34613 Schwalmstadt**

Hiermit bitte ich um Aufnahme in den Verein Altenhilfe Treysa e.V.

Name

Vorname

Geburtsdatum

Straße

Wohnort

Telefon-Nr.

Meinen Jahresbeitrag setze ich fest auf _____ €.

Mit der Bestätigung Ihrer Mitgliedschaft durch den Vorstand erhalten Sie die Satzung des Vereins Altenhilfe Treysa e.V.

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die Altenhilfe Treysa e.V. den Jahresbeitrag von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Altenhilfe Treysa 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 dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

IBAN:
(sofern nicht bekannt, Kontonummer)

BIC:
(sofern nicht bekannt, Bankleitzahl)

Schwalmstadt, den
Unterschrift