



BEITRITTSERKLÄRUNG

Ich beantrage die Mitgliedschaft in der MS-Selbsthilfegruppe Siegen e.V.:

Name, Vorname: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Geburtsdatum: _____

Telefon: _____

Handy: _____

e-mail: _____

Beitrag: € _____ (Mindestjahresbeitrag 18,- €)

Ort, Datum

Unterschrift

MS-Selbsthilfegruppe Siegen e.V.
Waldstraße 110, 57080 Siegen

Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE87ZZZ00001336421**

SEPA-Lastschriftmandat

Mandatsreferenz: _____

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger MS-Selbsthilfegruppe Siegen e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschriftverfahren einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger MS-Selbsthilfegruppe Siegen 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.

Zahlungsart: wiederkehrende Zahlung

Name, Vorname: _____
(Kontoinhaber)

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Ort, Datum

Unterschrift (Kontoinhaber)