Diakonieverein Deckenpfronn
e.V. Schulstraße 17
75392 Deckenpfronn

ANTRAG AUF MITGLIEDSCHAFT IM DIAKONIEVEREIN DECKENPFRONN E.V.

Ich werde Mitglied im Diakonieverein Deckenpfronn e,V. Die genannten Beträge sind Mindestbeträge pro Jahr.

☐ Einzelmitglied 25,00 € ☐ Familienmitgliedschaft 35,00 €

Ich möchte einen höheren freiwillen Beitrag von _____ Euro jährlich bezahlen.

Vorname: _____ Name: _____

Vorname: _____ Name: _____

Straße: _____ Telefon: _____

PLZ, Ort: _____ E-Mail: _____

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift(en):

SEPA-Lastschriftmandat
Diakoniestation Deckenpfronn e.V., Schulstaraße 17, 75392 Deckenpfronn
Gläubiger-Identifikationsnummer DE30 6035 1030 0000 9855 24

Mandatsreferenz: Mitgliedsnummer (wird noch bekannt gegeben)

Ich ermächtige den Diakonieverein Deckenpfronn e.V., Mitgliedsbeiträge von meinem Konto mittels Lastschriften einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Diakonieverein Deckenpfronn e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belastenden Beitrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vorname und Name (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

IBAN

D	E																				

Ort Datum

Unterschrift