

Antrag auf Mitgliedschaft

Mitgl Nr. _____

Ich / Wir beantrage(n), unter Anerkennung der Vereinssatzung, die Mitgliedschaft im gemeinnützigen KISS Pfalz, Selbsthilfetreff Pfalz e.V.

Die Vereinssatzung kann vorab sowohl im Internet >www.kiss-pfalz.de< als auch in der Geschäftsstelle eingesehen / bzw ausgehändigt werden.

Einzelmitglied
ab 12,-- €

Selbsthilfegruppe
frei

Institutionen
ab 60,--

Ich bin bereit einen Jahresbeitrag von _____ Euro zu zahlen

SHG Gruppe: _____	
Name: _____	Vorname: _____
Geburtsdatum: _____	Beruf: _____
Anschrift: _____	
Telefon: _____	Telefax: _____
E-Mail: _____	Mobil: _____

_____, den _____
(Ort) (Datum)

(Unterschrift)

Spendenbescheinigung erwünscht:

ja

nein

Genehmigt Vorstand: ja nein

Handzeichen

Bitte wenden

Alle persönlichen Daten dienen ausschließlich der Mitgliederverwaltung und werden nur zu Vereinszwecken verwendet und unterliegen der europäischen Datenschutzgrundverordnung! Weitere Informationen finden Sie auf unserer Internetseite:

www.kiss-pfalz.de

SEPA-Lastschriftmandat

SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfänger / Creditor name:

KISS Pfalz – Selbsthilfetreff Pfalz e.V.Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor adress
Straße und Hausnummer / street name und number:**Kirchberg 18**

Postleitzahl und Ort / Postal and City

D – 67483 Edesheim

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

DE49ZZZ00000240132

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) Mandate reference (to be completed by the creditor)

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger **KISS Pfalz – Selbsthilfetreff Pfalz e.V.** Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschriften einzuziehen.. Zugleich (B) weise ich / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger **KISS Pfalz – Selbsthilfetreff Pfalz e.V.** auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.
Hinweis: Ich kann / Wir können innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

By signing this mandate from, you authorise (A) the creditor **KISS Pfalz – Selbsthilfetreff Pfalz Pfalz e.V.** to send instructions to your bank to debit your account an (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor **KISS Pfalz - Selbsthilfetreff Pfalz e.V.**

As part of your rights, titled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

Zahlungsart / Type of payment

 Wiederkehrende Zahlungen / Recurrent payment Einmalige Zahlung / One-off payment

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name:

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) Debtor address
Straße und Hausnummer / Street name und number:

Land / Country Postleitzahl / Postal code Ort / city

IBAN des Zahlungspflichtigen (max 35 Stellen) / IBAN of the debtor (max 35 characters)

Alte KontoNr.

BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters)

Bank Name:

Bankleitzahl:

Ort / Location:

Datum (TT/MM/JJJJ) Date (DD/MM/YYYY)

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature of the debtor:

Hinweis: Meine / Unsere Rechte zu dem obigen Mandat sind in einem Markblatt enthalten, das ich / wir von meinem / unserem Kreditinstitut erhalten kann.

Anschrift: Kirchberg 18
67483 EdesheimBankverbindung:
Sparkasse südliche Weinstrasse LandauBIC: SOLADES1SUW
IBAN: DE65548500100035076520

Version: 10.7.2023