

## Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich mit Wirkung ab \_\_\_\_\_

meinen Beitritt zum Evangelischen Krankenpflegeverein Lechenich e. V. (FKPV)

Mein jährlicher Beitrag soll \_\_\_\_\_ € betragen

Der Mindest-Beitrag für ordentliche Mitglieder beträgt 60,-- Euro pro Kalenderjahr.

Wenn und solange zwei oder mehr Personen aus einer Familie Mitglied des Vereins sind, beträgt der Mindest-Beitrag 45,-- Euro pro Person und Kalenderjahr.

Ich bezahle meinen Beitrag per Einzugsermächtigung  
(SEPA-Mandat siehe nächste Seite)

### Bankverbindung:

**Volksbank Rhein-Erft-Köln-eG IBAN DE74 3706 2365 1003 7760 14**

### Meine persönlichen Daten:

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Ort, Datum, Unterschrift \_\_\_\_\_

## SEPA – Lastschriftmandat



Gläubiger-Identifikationsnummer:

DE 16 ZZZ 00000 663549

Mandatsreferenz:

Mitgliedsnummer:

Ich ermächtige den Evangelischen Krankenpflegeverein Lechenich e. V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Evangelischen Krankenpflegeverein Lechenich e. V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Beitrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Kreditinstitut \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_

Ort, Datum, Unterschrift \_\_\_\_\_