

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Kinderschutzbund
Kreisverband Schleswig-Flensburg e.V. (KSB SL-FL).

Der Jahresbeitrag beträgt mindestens 25,- €. Mein persönlicher Beitrag beträgt jährlich,- €.

Bitte ziehen Sie meinen Beitrag von insgesamt,- €

jährlich halbjährlich von meinem umseitig angegebenen Konto ein.

(Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Geldinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung.)

Vorname Name

E-Mail Telefon

Straße

PLZ Wohnort

Ort/Datum

Unterschrift

**Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular
mit dem nachstehenden SEPA-Lastschriftmandat an uns zurück**

- in einem frankierten Kuvert per Post an Kinderschutzbund, Gallberg 47, 24837 Schleswig, oder
- per Fax an 04621 - 99 69 96, oder
- eingescannt als PDF an info@kinderschutzbund-sl-fl.de.

Danke!

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE27ZZZ00000191737

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):

.....

Ich/wir ermächtige/n den Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem/unserem Konto

IBAN: DE.....

mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis:

Ich kann/wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Vor dem ersten Einzug wird mich der Deutsche Kinderschutzbund Kreisverband Schleswig-Flensburg e.V. über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten.

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

Name des/der Zahlungspflichtigen:

Ort/Datum

Unterschrift