

## Beitrittserklärung und Einzugsermächtigung



Förderverein für  
Hörgeschädigte

Ich erkläre mich bereit, dem

**Förderverein für Hörgeschädigte e.V.  
Im Mühlengrund 3  
56566 Neuwied**

unter Grundlage der Satzung vom 17.3.1998 als Mitglied beizutreten.

Der Mindestbeitrag ist **12,00 €** jährlich, um die Kosten zu decken. Einen höheren Betrag, der die Arbeit unterstützt bestimmen Sie selbst.

Ich bin bereit, den Verein mit **monatlich** .....€ zu fördern.

Mein **Jahresbeitrag** beträgt somit ..... €.

Eintrittsdatum: .....

Ich möchte meinen Beitrag per Bankeinzug bezahlen.  
s. Rückseite, bitte ausfüllen

Ich habe kein laufendes Konto und werde meinen Beitrag jeweils  
im ersten Halbjahr auf das Konto des Fördervereins überweisen:  
**IBAN: DE83 5745 0120 0100 1034 80, BIC: MALADE51NWD**

Meine Anschrift lautet:

Name:..... Vorname: .....

Str.: ..... PLZ/Ort: .....

Tel.-Nr.: .....

Fax-Nr.: .....E-Mail: .....

Datum

.....  
Unterschrift

\*)Zutreffendes bitte ankreuzen

Erklärung bitte an das **Zentrum für Hörgeschädigte, Im Mühlengrund 3, 56566 Neuwied** zurücksenden!

## SEPA-Lastschriftmandat

Name des Zahlungsempfängers: Förderverein für Hörgeschädigte e.V.

### Anschrift des Zahlungsempfängers:

**Straße und Hausnummer:** Im Mühlengrund 3

**PLZ und Ort:** 56566 Neuwied      **Land:** Deutschland

Vom Zahlungsempfänger auszufüllen:

**Gläubiger-Identifikationsnummer:** DE87ZZZ00000151081

**Mandatsreferenz:**

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein / unser Konto gezogene 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.

### **Zahlungsart:**

Wiederkehrende Zahlung

Einmalige Zahlung

### **Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)**

### **Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)**

Straße und Hausnummer:

PLZ und Ort:

### **IBAN des Zahlungspflichtigen (max.35 Stellen)**

### **BIC (8 oder 11 Stellen)**

**Ort**

**Datum (TT/MM/JJJJ)**

### **Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)**