



**Selbsthilfegruppe
diabetischer Kinder
und Typ 1-Diabetiker
97 e.V. Schweinfurt**

Beitrittserklärung

Name:

Vorname:

Straße:

PLZ / Ort:

Telefon:

E-Mail:

Name des Kindes:

Geburtsdatum:

Diabetes seit:

Jahresbeitrag: (mindestens 15 €):EUR

Ort, Datum:

Unterschrift:



**Selbsthilfegruppe
diabetischer Kinder
und Typ 1-Diabetiker
97 e.V. Schweinfurt**

SEPA-Lastschriftsmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer:
DE68ZZZ00000634289

Mandatsreferenz:
(Ifd. Mitgliedsnummer – wird vom Verein eingefügt)

Hiermit ermächtige ich den Verein „Das Netz e.V.“, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verein „Das Netz e.V.“ auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Geldinstitut:

Kontoinhaber:

IBAN:

BIC:

Die Daten werden von der Vereinsverwaltung auf elektronischen Datenträgern während der Mitgliedschaft gespeichert. Mit dieser Maßnahme bin ich einverstanden.

Ort, Datum:

.....

Unterschrift(en) des/der Kontoinhaber(s)