

Ich möchte Mitglied des Vereins Krebsnachsorge Nienburg e.V. werden

Ich verpflichte mich zu einem Jahresbeitrag in Höhe von Euro \_\_\_\_\_  
 (Mindestbeitrag Euro 30,-) und bin mit dem Einzugsverfahren einverstanden.

Ort, Datum    Unterschrift

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE31ZZZ00000032197

Mandatsreferenz: Mitgliedsnummer

**SEPA-Lastschriftmandat** Ich ermächtige den Verein Krebsnachsorge Nienburg e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verein Krebsnachsorge Nienburg 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.

Vorname und Name	
Straße und Hausnummer	
Postleitzahl und Ort	
Name des Kreditinstituts	
BIC	
IBAN	DE _____

Ort, Datum, Unterschrift