

Beitrittserklärung und SEPA-Lastschriftmandat für fördernde Vereinsmitglieder



An die
Aktion Knochenmarkspende Bayern e.V.
Robert-Koch-Allee 23
82131 Gauting
Fax: 0049 – (0)89 – 89 32 66-255

Mitgliedsnummer
(wird von der AKB vergeben)

Beitrittserklärung

Ich trete der Aktion Knochenmarkspende Bayern e.V. bei:

Name, Vorname	Geburtsdatum	Tag	Monat	Jahr
_____	_____	_____	_____	_____
Straße	Hausnummer, Adresszusatz			
_____	_____			
PLZ	Ort			
_____	_____			
E-Mail	Vorwahl / Telefon Privat			
_____	_____			
Mobiltelefon	Fax			
_____	_____			
Ort	Tag	Monat	Jahr	Unterschrift
_____	_____	_____	_____	_____

SEPA-Lastschriftmandat

Mandatsreferenz: (wird separat mitgeteilt)

EUR _____

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger Aktion Knochenmarkspende Bayern e.V. den Jahresbeitrag von _____ (min. € 40,- bei Privatpersonen, mindestens 150,- EUR bei juristischen Personen) von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger Aktion Knochenmarkspende Bayern 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.

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

(Kontoinhaber) Name, Vorname				

Straße	Hausnummer, Adresszusatz			
_____	_____			
PLZ	Ort			
_____	_____			
IBAN	BIC			
DE _____	_____			
Ort	Tag	Monat	Jahr	Unterschrift Kontoinhaber
_____	_____	_____	_____	_____