

Beitrittserklärung
zum Verein „Bürgerinitiative Sicherheit vor Therapie“e.V.

Name: _____ Vorname: _____
Straße: _____ PLZ, Ort: _____
E-Mail: _____

SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger (Gläubiger): Bürgerinitiative Sicherheit vor Therapie e.V.

Michaelstr. 21, 59556 Lippstadt

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE 92 0010 0002 2779 10

Ich/wir ermächtige(n) den Verein "Bürgerinitiative Sicherheit vor Therapie"e.V., wiederkehrende Zahlungen von meinem Konto mittels SEPA-Basislastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von der Bürgerinitiative auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweise: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Der Mitgliedsbeitrag wird jährlich zwischen Mai und Juli eingezogen. Die Mandatsreferenz wird beim ersten Einzug mitgeteilt.

Zahlungspflichtiger:(nur ausfüllen, wenn das Mitglied **nicht** der Zahlungspflichtige ist)

Name: _____ Vorname: _____
Straße: _____ PLZ Ort: _____

Kreditinstitut: _____

IBAN: DE _ _ _ _ _

Datum: _____ **Unterschr.:** _____

Verein



**BÜRGERINITIATIVE
SICHERHEIT VOR THERAPIE**

*Für die
Menschen
in Eickelborn,
Benninghausen,
Lohe und
Umgebung*

www.BI-Eickelborn.de

E-Mail: info@BI-Eickelborn.de

Postadr.: Michaelstr. 21, 59556 Lippstadt