

# Antrag auf Mitgliedschaft

Mitgl. Nr. \_\_\_\_\_

**Geschäftsstelle Edesheim**  
Kirchberg 18  
67483 Edesheim

Tel: 06323 989924  
Fax: 06323 7040750  
E-Mail: [info@kiss-pfalz.de](mailto:info@kiss-pfalz.de)  
Web: [www.kiss-pfalz.de](http://www.kiss-pfalz.de)

Ich / Wir beantragen, unter Anerkennung der Vereinssatzung, die Mitgliedschaft im gemeinnützigen **KISS Pfalz, Selbsthilfetreff Pfalz e.V.**

Die *Vereinssatzung* kann vorab sowohl im Internet >[www.kiss-pfalz.de](http://www.kiss-pfalz.de)< als auch in der Geschäftsstelle eingesehen werden.

Zutreffenden Mitgliedsstatus bitte ankreuzen!

Einzelmitglied  
ab 12,-- €

Selbsthilfegruppe  
freiwilliger Beitrag

Institutionen  
ab 60,--

Ich bin bereit einen Jahresbeitrag von \_\_\_\_\_ € zu entrichten.

SHG Gruppe: _____	
Name: _____	Vorname: _____
Geburtsdatum: _____	Beruf: _____
Anschrift: _____	
Telefon: _____	Telefax: _____
E-Mail: _____	Handy: _____

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
(Ort) (Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)

Spendenbescheinigung erwünscht: ja

nein

Alle persönlichen Daten dienen ausschließlich der Mitgliederverwaltung und werden nur zu Vereinszwecken verwendet!

Name des Zahlungsempfängers
-----------------------------

# SEPA- Lastschriftmandat

<b>KISS Pfalz Selbsthilfetreff Pfalz e.V.</b>	
Anschrift des Zahlungsempfängers Straße und Hausnummer <b>Kirchberg 18</b>	
Postleitzahl und Ort <b>D-67483 Edesheim</b>	
Gläubiger-Identifikationsnummer <b>DE49ZZZ00000240132</b>	
Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen)	
Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger <b>KISS Pfalz, Selbsthilfetreff Pfalz e.V.</b> Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschriften einzuziehen. Zugleich (B) weise ich/weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger <b>KISS Pfalz, Selbsthilfetreff Pfalz e.V.</b> auf mein/unser Konto bezogenen Lastschriften einzulösen.  Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von 8 Wochen beginnend mit dem Belastungsdatum die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.	
Zahlungsart: <input checked="" type="checkbox"/> Wiederkehrende Zahlungen <input type="checkbox"/> Einmalige Zahlung	
Name des/der Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber/in):	
Anschrift des/der Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber/in):  Straße und Hausnummer:  Land      Postleitzahl      Ort	
IBAN des/der Zahlungspflichtigen (max 35 Stellen)	alte Kontonr.
BIC (8 oder 11 Stellen)	Bank Name:
	Bankleitzahl:
Ort:	Datum (TT/MM/JJJJ)
Unterschrift(en) des/der Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber/in):	

Hinweis: Meine/Unsere Rechte zu dem obigen Mandat sind in einem Merkblatt enthalten, das beim o.g. Kreditinstitut zu erhalten ist!