

Antrag auf Mitgliedschaft

Mitgl. Nr. _____

Geschäftsstelle Edesheim
Kirchberg 18
67483 Edesheim

Tel: 06323 989924
Fax: 06323 7040750
E-Mail: info@kiss-pfalz.de
Web: www.kiss-pfalz.de

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

Die *Vereinssatzung* kann vorab sowohl im Internet >www.kiss-pfalz.de< als auch in der Geschäftsstelle eingesehen / ausgehändigt werden.

Zutreffenden Mitgliedsstatus bitte ankreuzen!

Jahresbeitrag: Einzelmitglied ab 12,-- € Selbsthilfegruppe freiwilliger Beitrag Institutionen ab 60,--

Ich bin / Wir sind 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, werden nur zu Vereinszwecken verwendet und unterliegen der europäischen Datenschutzgrundverordnung! Weitere Informationen finden Sie auf unserer Internetseite: www.kiss-pfalz.de.

Vorstand: Norbert Faul, Vorsitzender
Holger Kostrzewa, stellv. Vorsitzender
Daniel Kunze, stellv. Vorsitzender und Schatzmeister

Bankverbindung: Sparkasse SÜW Landau
IBAN: DE65 5485 0010 0035 0765 20
BIC: SOLADES1SUW

SEPA- Lastschriftmandat

Name des Zahlungsempfängers KISS Pfalz Selbsthilfetreff Pfalz e.V.	
Anschrift des Zahlungsempfängers Straße und Hausnummer Kirchberg 18	
Postleitzahl und Ort D-67483 Edesheim	
Gläubiger-Identifikationsnummer DE49ZZZ00000240132	
Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen)	
Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger KISS Pfalz, Selbsthilfetreff Pfalz e.V. Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschriften einzuziehen. Zugleich (B) weise ich/weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger KISS Pfalz, Selbsthilfetreff Pfalz e.V. 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!