

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

Die *Vereinssatzung* kann vorab sowohl im Internet >Fehler! Linkreferenz ungültig. als auch in der Geschäfts-stelle eingesehen werden. Entspricht der Vorstand meinem / unserem *Antrag auf Mitgliedschaft*, so liegt der entsprechenden Benachrichtigung die aktuelle Vereinssatzung bei.

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](http://www.kiss-pfalz.de).

**Vorstand:** Otmar Wegerich, Vorsitzender  
Holger Kostrzewa, stellv. Vorsitzender  
Norbert Faul, stellv. Vorsitzender und Schatzmeister

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

# SEPA- Lastschriftmandat

Name des Zahlungsempfängers <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!