

Beitrittserklärung

Ich erkläre meinen Beitritt zur Schlafapnoe Selbsthilfe Kassel / Baunatal und verpflichte mich zur Zahlung des jährlichen Beitrages.

Einzelmitgliedschaft z.Z. ----- Euro und Familienmitgliedschaft z.Z. ----- Euro

Vorname

Geburtsdatum

Nachname

Straße

Wohnort

PLZ

Telefon

E-Mail

Ort Datum

Unterschrift

Beitragseinzug / SEPA-Basislastschriftmandat

Ich/Wir ermächtigen die Schlafapnoe Kassel / Baunatal
(Gläubiger-Ident.-Nr. DE39SHG00000033508) widerruflich, den jeweils geltenden Jahresbeitrag, Einzelbeitrag/Familienbeitrag (Nichtzutreffendes streichen) durch Lastschrift von meinem/unserem Konto einzuziehen. Der Beitrag wird jährlich im Voraus eingezogen.
Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber/Zahlungspflichtiger (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PL Wohnort)

Kreditinstitut

DE

IBAN

Ort Datum

Unterschrift Kontoinhaber/in

Selbsthilfegruppe Schlafapnoe Raiffeisenbank eG Baunatal DE46520641560000072770