

BEITRITTSERKLÄRUNG – Mitgliedschaft im Familienpflegewerk des Bayer. LV des KDFB e.V.

Wir helfen Familien – Wir helfen mit!

Hiermit beantrage/n ich/wir die Mitgliedschaft im Familienpflegewerk des Bayer. LV des KDFB e.V. ab dem _____*

gemäß der Satzung des Familienpflegewerkes in der jeweils gültigen Fassung.

*Bitte das gewünschte Datum eintragen. Die Mitgliedschaft bezieht sich auf ein Kalenderjahr.

Name, Vorname
Verband / Verein / Institution
Anschrift

Mit einer Mitgliedschaft

- Wird das Familienpflegewerk des Bayer. LV des KDFB e.V. unterstützt und damit die Hilfe für Familien in besonderen Belastungssituationen.
- Wird Engagement gezeigt, nicht nur für Familien in Not, sondern auch für den sozialen Beruf der Familienpflegerin und die Wertschätzung für wohlthätige Arbeit.

Der Mitgliedsbeitrag von 100 Euro pro Jahr wird per (*bitte ankreuzen) entrichtet

- Überweisung unter Angabe des Verwendungszwecks auf das Konto des Familienpflegewerkes des Bayer. LV des KDFB e.V.
Kreditinstitut: Liga Bank
IBAN DE79 7509 0300 0002 3162 26
BIC GENODEF1M05
Verwendungszweck: Jahresmitgliedsbeitrag – Familienpflegewerk des Bayer. LV des KDFB e.V.
- SEPA Lastschriftmandat
Ich ermächtige das Familienpflegewerk des Bayer. LV des KDFB e.V., Zahlungen (jährlicher Mitgliedsbeitrag 100,00 Euro) bis auf Widerruf von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. *Bitte füllen Sie die umliegende Seite aus und senden uns die Beitrittserklärung per Post an unsere Adresse: Familienpflegewerk e.V., Schraudolphstrasse 1, 80799 München.

Ort, Datum, Unterschrift

SEPA – Lastschriftmandat

Familienpflegewerk des Bayer: LV des KDFB e.V., Schraudolphstr. 1, 80799 München

Gläubiger-ID: DE98ZZZ00000047093

Mandatsreferenz: 1000

Ich ermächtige das Familienpflegewerk des Bayer. LV des KDFB e.V., Zahlungen (jährlicher Mitgliedsbeitrag 100,00 Euro) von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Familienpflegewerk des Bayer. LV des KDFB e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name, Vorname Zahlungspflichtiger
Anschrift
IBAN
BIC
Kreditinstitut
Ort, Datum, Unterschrift