

## Beitrittserklärung / SEPA-Lastschriftmandat

Ich erkläre hiermit meine Mitgliedschaft zur Behindertenhilfe Westpfalz e.V.  
Langwiedener Str. 12, 66849 Landstuhl, Tel.: 06371/934369, Fax: 06371/934368  
(Gläubigeridentifikationsnummer: DE51ZZZ00000276471)

.....  
Vor- und Zuname

Geb. Datum

Telefon

.....  
Straße

PLZ/Ort

.....  
e-mail

Ich zahle einen jährlichen Mitgliedsbeitrag in Höhe von ..... €  
(Mindestbeitrag 24,54 €)

Ich ermächtige die Behindertenhilfe Westpfalz e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Behindertenhilfe Westpfalz 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.

IBAN: .....

BIC: .....

.....  
Datum, Ort und Unterschrift (Kontoinhaber)