

<u>Name, Vorname</u>
<u>Straße</u>
<u>PLZ / Wohnort</u>
<u>Telefon / E-mail</u>

Coerdestrasse 60
D - 48147 Münster
Fon: +49 (0) 2 51 - 686 97 55
Fax: +49 (0) 2 51 - 686 97 56

info@kinderneurologiehilfe-muenster.de

Gläubiger-Identifikationsnummer:
DE 83 KNH 00000457673

Mandatsreferenz:

Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage(n) ich/wir die Aufnahme in den Verein Kinderneurologie-Hilfe Münster e. V..

Mir/uns ist bekannt, dass ich mich/wir uns durch die Aufnahme zur Zahlung eines Mindest-Jahresbeitrags in Höhe von 20 € verpflichte(n). Der Beitrag wird einmal jährlich zum 15. März eingezogen. Mir/uns ist bekannt, dass der Austritt aus dem Verein nur unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von vier Wochen zum Ende eines Kalenderjahres erfolgen kann.

SEPA-Lastschrift-Mandat

Ich ermächtige den Verein Kinderneurologie-Hilfe Münster e. V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Kinderneurologie-Hilfe Münster e. V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Zahlungsart: Wiederkehrende Lastschrift.

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.

Vorname und Name (Kontoinhaber)	
Straße und Hausnummer	
Postleitzahl und Ort	
IBAN DE	BIC
Datum und Ort	Unterschrift