

# BEITRITTSERKLÄRUNG

## KUNST, GESUNDHEIT, BILDUNG e.V. Ihlienworth

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in den Verein

Jahresbeitrag 12,00 Euro

---

Vorname Nachname

---

Email

Telefon (optional)

---

Datum, Ort

Unterschrift

---

KUNST, GESUNDHEIT, BILDUNG e.V. Ihlienworth  
c/o, Dreihausendorf 5, 21775 Ihlienworth  
Kreissparkasse Wesermünde-Hadeln, IBAN: DE76 2925 0150 0185 5144 99

### SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Verein KUNST, GESUNDHEIT, BILDUNG e.V. Ihlienworth, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verein KUNST, GESUNDHEIT, BILDUNG e.V. Ihlienworth auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

---

Vorname Nachname

---

Straße Haus-Nr.

PLZ Wohnort

---

Kreditinstitut

IBAN: **DE** \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_

---

Datum, Ort

Unterschrift