

Sozialverband VdK Hessen-Thüringen
 Mitgliederverwaltung Hessen
 Gärtnerweg 3
 60322 Frankfurt am Main

Absender oder Stempel

SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT

(zum Einzug des Mitgliedsbeitrages bei Fälligkeit)

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE39LVZ00000033508,
 Mandatsreferenznummer = Mitgliedsnummer + lfd.Nummer (-001)

Ich ermächtige den Sozialverband VdK Hessen-Thüringen e.V., den von mir zu zahlenden Jahres-Mitgliedsbeitrag in Höhe von 66,00 € von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Sozialverband VdK Hessen-Thüringen e.V. auf mein Konto gezogene 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. Mit einer Verkürzung der Vorankündigungsfrist auf zwei Tage erkläre ich mich einverstanden.

Mitglied

*Name, Vorname	Geburtsdatum
*Anschrift	
*Mitgliedsnummer	

*Zahlweise jährlich halbjährlich

Kontoinhaber

*Name, Vorname	Anschrift (bei abweichendem Kontoinhaber)
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
*IBAN	
*Name Kreditinstitut	BIC
Ort, Datum	*Unterschrift Kontoinhaber

Mit * gekennzeichnete Felder sind Pflichtfelder.