



Pflege- und Adoptivelternverein Wernigerode e.V.

Guido Harnau
Die Winde 38
38855 Wernigerode
Tel. 03943 633469

Wolfgang Heine
Seigerhüttenweg 49
38855 Wernigerode
Tel. 0172/3220201

Beitrittserklärung zum Pflege- und Adoptivelternverein Wernigerode e.V.

Ich beantrage für mich / uns

Name:..... Vorname: Geb. Datum:

Name:..... Vorname: Geb. Datum:.....

Straße: PLZ/Ort:

Telefon: Mobil:.....

E-Mail-Adresse:

den Beitritt zum Pflege- und Adoptivelternverein Wernigerode e.V.

Die Satzung des Vereins ist mir bekannt und ich erkenne diese an.

Der Jahresbeitrag beträgt 35,00 Euro/Person/Familie. Er wird am 01. Juni des laufenden Jahres fällig.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass vorstehende Daten (unter Beachtung der DS-GVO und BDSG-neu) für vereinsinterne Zwecke in einer EDV-gestützten Mitglieder- und Beitragsdatei gespeichert, übermittelt und geändert werden.

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift)

Pflege- und Adoptivelternverein Wernigerode e.V.

Guido Harnau, Die Winde 38, 38855 Wernigerode
Tel. 03943 633469

oder

Wolfgang Heine, Seigerhüttenweg 49, 38855 Wernigerode
Tel. 0172/3220201

<http://www.pflege-und-adoptivelternverein.de/>
Mail: info@pflege-und-adoptivelternverein.de

Bankverbindung:
Harzsparkasse
IBAN: DE81 8105 2000 0300 0978 08
BIC: NOLADE21HRZ

Steuernummer
117-142-41747

Gerichtsstand
Registriert beim Amtsgericht Stendal
VR – Nr. 42548



Pflege- und Adoptivelternverein Wernigerode e.V.

Guido Harnau
Die Winde 38
38855 Wernigerode
Tel. 03943 633469

Wolfgang Heine
Seigerhüttenweg 49
38855 Wernigerode
Tel. 0172/3220201

SEPA Lastschriftmandat

Ich ermächtige den **Pflege- und Adoptivelternverein Wernigerode e.V.** Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.
Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von o. g. Verein 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.

Das Mandat gilt für wiederkehrende Zahlungen

.....
Kontoinhaber (Vorname und Name)

.....
Straße und Hausnummer

.....
Postleitzahl und Ort

.....
Kreditinstitut

IBAN

D	E		
---	---	--	--

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

--	--

BIC

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

.....
Ort, Datum und Unterschrift

Abbuchungstermin ist der der 01. Juni des jeweiligen Jahres. Fällt der Fälligkeitstag auf ein Wochenende oder einen Feiertag, verschiebt sich die Fälligkeit auf den ersten darauf folgenden Werktag.

Wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung. Kontoänderungen müssen rechtzeitig angezeigt werden. Eventuelle Kosten der Rücklastschrift gehen zu Lasten des Kontoinhabers.