

## B e i t r i t t s e r k l ä r u n g

Stand: Februar 2022

Hiermit beantrage ich / beantragen wir<sup>1</sup> die Aufnahme in den Familien- und Krankenpflegeverein Köln-Pesch e. V. (FKV). Der Mindest-Mitgliedsbeitrag beträgt 30,00 € pro Person und Jahr. Ich bin / Wir sind jedoch **bereit**, einen Jahresbeitrag von \_\_\_\_\_ € zu zahlen.

Name																			
Vorname										m/w		Geburtsdatum							
Name der weiteren Person																			
Vorname										m/w		Geburtsdatum							
Straße															Haus-Nr.				
PLZ					Wohnort														
Festnetz										Mobilfunk									
E-Mail Adresse																			
Eintritt																			

Ich erkenne / Wir erkennen die aktuelle auf der Homepage des Vereins veröffentlichte [Satzung](#) sowie die [Datenschutzerklärung](#) an. Mit der elektronischen Verarbeitung meiner / unserer Daten für vereinsinterne Zwecke bin ich / sind wir einverstanden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Mitglieds / der Mitglieder

### SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT einer wiederkehrenden Lastschrift

Zahlungsempfänger: Familien- und Krankenpflegeverein Köln-Pesch e. V., Schulstraße 4, 50767 Köln

Gläubiger-Identifikationsnummer des Zahlungsempfängers: DE02ZZZ00000582903

Mandatsreferenz: *wird vom FKV ergänzt*

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger FKV, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser unten genanntes Kreditinstitut an, die vom FKV auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen

Hinweis: Ich kann / Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

**Angaben zum Kontoinhaber: Name, Vorname**

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

**IBAN**

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

**Bezeichnung des Kreditinstituts einschließlich PLZ und Ort**

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

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Kontoinhabers / der Kontoinhaber

<sup>1</sup> Bitte Nichtzutreffendes streichen.

