

http: www.chronischkrank.at
email: kontakt@chronischkrank.at

MITGLIEDSERKLÄRUNG

zum Verein



ZVR: 865474223

Verein – SHG – Organisation – Gemeinde

Verein/SHG/Organisation/Gemeinde:

.....

Vor-Nachname:

.....

Adresse:

PLZ, Ort:

Email:.....**Telefon:**.....

Mitgliedsbeitrag jährlich: 65€ **Spende€**

Datum:.....**Unterschrift:**.....

*Bitte senden Sie das Formular an folgende Adresse:
Verein ChronischKrank Österreich
Kirchenplatz 3
4470 Enns*

Verein **ChronischKrank**[®] Österreich IBAN: AT41 3415 7000 0202 4008

BIC: RZOOAT2L157



ZVR: 865474223

Kirchenplatz 3, A- 4470 Enns

Tel.: +43 7223 / 82 667

E-Mail: kontakt@chronischkrank.at

Web: www.chronischkrank.at

SEPA-Lastschrift-Mandat

Mandatsreferenz:(wird von uns ausgefüllt)

ZAHLUNGSEMPFÄNGER (Name, Anschrift):

Verein ChronischKrank Kirchenplatz 3, A- 4470 Enns

Creditor ID: AT 21 ZZZ 00000006639

Ich ermächtige/ Wir ermächtigen den Verein ChronischKrank, Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels SEPA Lastschriften einzuziehen. Zugleich weise ich mein/ weisen wir unser Kreditinstitut an, die von Verein ChronischKrank auf mein/ unser Konto gezogenen SEPA Lastschriften einzulösen.

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

Name:.....

Anschrift:.....

IBAN:.....BIC:.....

Mitgliedsbeitrag jährlich **€ 65.-**

Spende jährlich **€ _____**

Ort, Datum, Unterschrift:.....