



**Mitgliedschaft (Jahresbeitrag: aktiv: 60,00 €, Partner und passiv: 30,00 €).
Aus Verwaltungstechnischen Gründen ist die Abbuchung des Beitrags per
Lastschrift zwingend notwendig.**

Name*

Vorname*

Strasse*

Hausnummer*

PLZ*

Ort*

Geburtstag*

Telefonnummer

Mobilnummer

E-Mail-Adresse

Unterschrift*

Datum*

Dauer der Mitgliedschaft / Kündigung

Die Dauer der Mitgliedschaft beträgt 12 Monate und verlängert sich jeweils um weitere 12 Monate, falls nicht 1. Monat vor Ablauf der Zeit, in **schriftlicher** Form gekündigt wird.

Partner/in

Name

Vorname

Strasse

Hausnummer

PLZ

Ort

Geburtstag

Telefonnummer

Mobilnummer

E-Mail-Adresse

Unterschrift

Datum

.....
Die * gekennzeichnete Felder sind Pflichtfelder

Bankdaten bitte auf der Rückseite ausfüllen!>>>

Bankverbindung SEPA-Lastschriftmandat

Kontoinhaber Name und Anschrift wie Vorderseite

Name Kontoinhaber

Vorname

Strasse

Hausnummer

PLZ

Ort

IBAN*

BIC*

Unterschrift Kontoinhaber*

Datum*

Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe Esslingen am Neckar e. V.

Plochingerstr. 32, 73730 Esslingen

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE05ZZZ00000541139

Mandatsreferenz:

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe Esslingen a.N. e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe Esslingen a.N. e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung.
