

Beitrittserklärung / Mitgliedschaft

Hiermit beantrage ich

\_\_\_\_\_  
Vorname und Name

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl und Ort

Fon: \_\_\_\_\_ e-mail : \_\_\_\_\_

die Mitgliedschaft beim  
Zentrum für Gesundheitsbildung e.V., Tränkgässle 7, 71665 Vaihingen/Enz.

Der Mitgliedsbeitrag beträgt jährlich zum 01.01. EUR 20,00.  
Er wird nach Vereinbarung des SEPA-Lastschrift Mandats jeweils zum 1. Februar jährlich  
eingezogen. Fällt der Fälligkeitstag auf ein Wochenende oder einen Feiertag, verschiebt  
sich der Fälligkeitstag auf den 1. folgenden Werktag.

.....  
Ort Datum Unterschrift

Der Mitgliedsbeitrag kann per Lastschrift eingezogen werden:

SEPA-Lastschriftmandat  
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE79ZZZ00000622645  
Mandatsreferenz kann auf Wunsch mitgeteilt werden  
Adresse Kontoinhaber ( falls abweichend ) :

\_\_\_\_\_  
Vorname und Name

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl und Ort

Fon: \_\_\_\_\_ e-mail : \_\_\_\_\_

Ich ermächtige das Zentrum für Gesundheitsbildung e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels  
Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zentrum für  
Gesundheitsbildung e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann  
innerhalb von 8 Wochen, beginnen d mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten  
Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.  
Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

\_\_\_\_\_  
Kreditinstitut Name

DE \_\_\_\_\_  
IBAN (22tellig)

.....  
Ort Datum Unterschrift