

## Beitrittserklärung

Hiermit beantrage ich

---

Vorname und Name

---

Straße und Hausnummer

---

Postleitzahl und Ort

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

die Mitgliedschaft beim  
Zentrum für Gesundheitsbildung e.V. , Marktplatz 9, 71665 Vaihingen/Enz

Der Mitgliedsbeitrag beträgt jährlich zum 01.01. EUR 20,00.

---

Ort Datum Unterschrift

Der Mitgliedsbeitrag kann per Lastschrift eingezogen werden:

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE79ZZZ00000622645

Mandatsreferenz : wird separat mitgeteilt

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, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

---

Kreditinstitut Name Bankleitzahl Konto- Nr.

DE \_\_\_\_\_

IBAN (22-stellig) \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

---

Ort, Datum Unterschrift