

Beitrittserklärung KBVO e.V. / SEPA Lastschriftmandat

Körperbehindertenverein Ostalbkreis e.V. ♦ Postfach 1828 ♦ 73408 Aalen

Gläubiger-ID des KBVO: DE86KBV00000604574

Körperbehindertenverein
Ostwürttemberg e.V.



UNS GEHT'S GUT!

<input type="checkbox"/> Einzelperson <input type="checkbox"/> Familie <input type="checkbox"/> Organisation <input type="checkbox"/> Körperschaft öffentlichen Rechts				
Name				
Straße & Nr.				
PLZ Ort (Land)				
Nachname	Vorname	Geburtsdatum	Behinderung	Rollstuhlfahrer
			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Telefon				
Fax				
Mobiltelefon				
E-Mail				
Aktuelle Informationen möchte(n) ich/wir gerne per E-Mail erhalten			<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Die Zeitschrift "Das Band" des Bundesverbandes möchte(n) ich/wir erhalten			<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Kontoinhaber				
Bank		Mandatsnummer	<i>Wird vom Verein ausgefüllt</i>	
BLZ		BIC		
Konto-Nr.		IBAN		

Ich / wir möchte(n) hiermit den Beitritt in den Körperbehindertenverein Ostwürttemberg e.V. (KBVO e.V.) erklären. Ich / wir ermächtigen hiermit den Körperbehindertenverein Ostwürttemberg e.V. bis auf Widerruf die Beitragszahlungen von meinem / unseren Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich meine Bank an, die vom Körperbehindertenverein Ostwürttemberg e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Der Jahresbeitrag beträgt aktuell 62,- Euro für Familien und 31,- Euro für alle anderen Mitglieder. Der Beitrag ist jeweils am 01. Januar fällig.

Ort & Datum: _____

Unterschrift Kontoinhaber: _____