

**Selbsthilfegruppe Hartz-IV
Zweibrücken und Umgebung e.V.**

Fruchtmarktstr. 23
66482 Zweibrücken

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zur Selbsthilfegruppe Hartz-IV Zweibrücken und Umgebung e.V.

Name:	
Straße und Hausnummer:	
PLZ/Ort:	
Telefon:	
Geburtsdatum:	
Email-Adresse:	
Ort, Datum	Unterschrift

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer:	DE06ZZZ00001907657
Mandatsreferenz:	
Zahlungsart:	<input type="checkbox"/> jährlich (30,-- EUR) <input type="checkbox"/> monatlich (2,50 EUR)

Ich ermächtige die Selbsthilfegruppe Hartz-IV Zweibrücken und Umgebung e.V., von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Der aktuell gültige Beitrag i.H.v. 30,-- EUR wird jährlich zum 1. März per Lastschrift eingezogen (ersatzweise 2,50 EUR monatlich jeweils zum 1.).

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Selbsthilfegruppe Hartz-IV Zweibrücken und Umgebung e.V. auf mein Konto gezogene 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.

Kontoinhaber:	
IBAN:	
BIC:	
Land:	
Kreditinstitut:	
Ort, Datum	Unterschrift