



Nachbarschaftshilfe Seefeld e.V.

**Senioren
Ambulanter Pflegedienst
Familienzentrum**

Beitrittserklärung

Familienname: _____

Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

E-Mail: _____

Ich ermächtige die Nachbarschaftshilfe Seefeld e.V. folgende Zahlung von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen (SEPA-Lastschriftmandat siehe Rückseite!):

Mein Jahresbeitrag: € (Mindestens 40,00 €)

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Nachbarschaftshilfe Seefeld e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Die Kündigung der Mitgliedschaft muss schriftlich mit einer Frist von 6 Wochen zum Jahresende erfolgen.

Datenschutz: Hiermit stimme ich der Verarbeitung meiner Daten zum Zwecke der Erfüllung der Vereinsmitgliedschaft zu. Die datenschutzrechtlichen Belange werden ohne Einschränkung gewährleistet. Eine Übermittlung der Daten erfolgt nur, wenn dies zur Erfüllung der Aufgaben der NBH Seefeld e.V. erforderlich ist. Ich erkläre mich einverstanden, dass meine Daten/Bilder zu internen Zwecken der NBH/MGH verwendet werden dürfen. Mit der Vereinssatzung bin ich einverstanden (jederzeit im Büro einsehbar).

Datum/Unterschrift: _____

Wollen Sie in der Nachbarschaftshilfe mitwirken?
Was könnten Sie sich vorstellen?

Roseggerstraße 2
82229 Seefeld
Tel. 08152/999 514
Fax 08152/999 523
info@nbh-seefeld.com
www.nbh-seefeld.com

KSK München/Starnberg/Ebersberg
IBAN: DE33 7025 0150 0430 1519 69
BIC: BYLADEM1KMS



Mehr
Generationen
Haus



EUROPÄISCHE UNION



Bayerisches Staatsministerium für
Familie, Arbeit und Soziales

Mitglied im DER PARITÄTISCHE WOHLFAHRTSVERBAND, Bayern



Name, Vorname: _____ geb. _____

Meine Mail-Adresse: _____

(bitte in Druckbuchstaben)

Datenschutz: Hiermit stimme ich der Verarbeitung meiner Daten zum Zwecke der Erfüllung der Vereinsmitgliedschaft zu. Die datenschutzrechtlichen Belange werden ohne Einschränkung gewährleistet. Eine Übermittlung der Daten erfolgt nur, wenn dies zur Erfüllung der Aufgaben der NBH Seefeld e.V. erforderlich ist.

Ort, Datum

Unterschrift

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger Identifikationsnummer: DE33ZZZ00001245243

Konto: Kreissparkasse München-Starnberg-Ebersberg, DE33 7025 0150 0430 1519 69

Ich ermächtige die **Nachbarschaftshilfe Seefeld e.V.** folgende Zahlung von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen:

Mein Jahresbeitrag: _____ €

(Mindestens 40,00 €)

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Nachbarschaftshilfe Seefeld e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Meine Mandatsreferenz erhalte ich separat: _____ (wird von NBH ergänzt)

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

Kontoinhaber: _____
Name, Vorname

Bank: _____

IBAN: _____

Ort, Datum

Unterschrift