



Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich den Beitritt zum
Sozialdienst Nachbarschaftshilfe Puchheim e.V., Aubinger Weg 10, 82178 Puchheim,
und verpflichte mich, einen Jahresbeitrag von z. Zt.

€ _____ zu entrichten.

Einzelbeitrag	€ 32,00	Ehepaare	€ 45,00
Rentner, Studenten, Auszubildende	€ 24,00	Rentnerehepaare	€ 37,00

Der Mitgliedsbeitrag ist steuerlich absetzbar. Wir freuen uns, wenn Sie freiwillig den Mitgliedsbeitrag erhöhen.

Name: _____ Name Ehepartner: _____

Vorname: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsdatum: _____

Wohnort: _____

Straße: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Helfer beim Sozialdienst	<input type="checkbox"/> ja	Helfer beim Sozialdienst	<input type="checkbox"/> ja
	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> nein

Der Mitgliedsbeitrag wird per SEPA-Lastschrift (Gläubiger-Identifikationsnummer DE03ZZZ00000433699 / Mandatsreferenz siehe SEPA-Basis-Lastschriftmandat) einmal jährlich jeweils am 25. Januar vom angegebenen Konto eingezogen. Fällt der Fälligkeitstag auf ein Wochenende / Feiertag verschiebt sich der Fälligkeitstag auf den 1. folgenden Werktag.

Bei Beitritten bis zum 15. eines Monats wird der Mitgliedsbeitrag am 20. desselben Monats eingezogen. Bei Beitritten nach dem 15. eines Monats erfolgt der Einzug am 20. des Folgemonats.

Ich nehme zur Kenntnis, dass das Personal des Sozialdienstes zur Verschwiegenheit verpflichtet ist und meine Daten im Rahmen des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) EDV-gestützt verarbeitet.

Ort, Datum

Unterschrift

Kontakt:

Sozialdienst Nachbarschaftshilfe Puchheim e.V., Aubinger Weg 10, 82178 Puchheim
Tel. 089/800631-0, Öffnungszeiten: Mo-Mi u. Fr 9.00 Uhr – 12.00 Uhr, Do 16.30 Uhr – 18.30 Uhr
E-Mail: kontakt@sozialdienst-puchheim.de, www.sozialdienst-puchheim.de

SEPA-Basis-Lastschriftmandat / SEPA Direct Debit Mandate

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger) / *Creditor name and address*

Sozialdienst Nachbarschaftshilfe Puchheim e.V. Aubinger Weg 10 82178 Puchheim	<input type="radio"/> Einmalige Zahlung / <i>One-off payment</i> <input type="radio"/> Wiederkehrende Zahlung / <i>Recurrent payment</i>
--	---

[Gläubiger-Identifikationsnummer /
Creditor Identifier - CI]

DE03ZZZ00000433699

[Mandatsreferenz – vom Zahlungsempfänger auszufüllen /
Mandate reference – to be completed by the creditor]

SEPA-Basis-Lastschriftmandat / SEPA Direct Debit Mandate

Ich/Wir ermächtige(n) / *By signing this mandate form, you authorise*

[Name des Zahlungsempfängers / *Creditor name*]

Sozialdienst Nachbarschaftshilfe Puchheim e.V.

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von /
to send instructions to your bank to debit your account and your bank to debit your account in accordance with the instructions from

[Name des Zahlungsempfängers / *Creditor name*]

Sozialdienst Nachbarschaftshilfe Puchheim e.V.

auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. /
As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

Kind/Kunde (Vorname, Name) / *Your child's name/client name*

Kontoinhaber/Zahlungspflichtiger (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort) / *Your name and address/debtor(s) name and address*

Kreditinstitut / *Bank*

BIC

IBAN

DE

Ort, Datum / *Location, Date*

Unterschrift (Zahlungspflichtiger) / *Please sign here*