

## Aufnahmeantrag mit Einzugsermächtigung

Ja, ich möchte Mitglied im Verein der

Selbsthilfe Spina Bifida und Hydrocephalus in Nordrhein-Westfalen e.V.  
(**SBHC-NRW e.V.**) werden.

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße/Haus-Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

Tel. privat: \_\_\_\_\_

Tel. dienstl.: \_\_\_\_\_

Handy: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

weitere Familienmitglieder (mx. 2, z.B. Ehegatte, Tochter/Sohn):

2. Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_, E-Mail: \_\_\_\_\_

3. Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_, E-Mail: \_\_\_\_\_

Für die Mitgliedschaft gelten die Satzung und die Ordnungen des Vereins. Diese erkenne ich mit meiner Unterschrift an. Dies gilt auch für die Höhe des Mitgliedsbeitrages gemäß der Beitragsordnung.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass der Verein die von mir gemachten Angaben im Rahmen der Mitgliederverwaltung speichert und sie nur für die Dauer der Mitgliedschaft und ausschließlich für vereinsinterne Zwecke verwendet.

Ich bin damit einverstanden, dass der Verein Fotos, auf denen ich zu sehen bin, für seine Öffentlichkeitsarbeit verwendet. Dieses Einverständnis kann ich jederzeit per E-Mail an [a\\_drepper@sbhc-nrw.de](mailto:a_drepper@sbhc-nrw.de) oder [info@fsbh.de](mailto:info@fsbh.de) widerrufen.

**Ort, Datum:** \_\_\_\_\_ **Unterschrift:** \_\_\_\_\_  
Antragsteller / Antragstellerin

**Ort, Datum:** \_\_\_\_\_ **Unterschrift:** \_\_\_\_\_  
Familienmitglied 1

**Ort, Datum:** \_\_\_\_\_ **Unterschrift:** \_\_\_\_\_  
Familienmitglied 2

# KOMBIMANDAT

## zur Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

**SBHC-NRW e.V. Germanenstr. 59, 53859 Niederkassel**

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE65ZZZ00000030130

### Mandatsreferenz:

\_\_\_\_\_  
Vorname und Name (Kontoinhaber/Zahler)

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl und Ort

\_\_\_\_\_  
Datum, Ort und Unterschrift

### 1. Einzugsermächtigung

Ich ermächtige/Wir ermächtigen **SBHC-NRW e.V.** widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem/unserem Konto einzuziehen.

### 2. SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige/Wir ermächtigen **SBHC-NRW e.V.** Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von **SBHC-NRW 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 Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

\_\_\_\_\_  
Kreditinstitut des Zahlers (Name und BIC)

IBAN: D E \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift/en des/der Zahlenden

Der Einzug erfolgt in der Regel jeweils zu Beginn des 2. Quartals.