Chancenverband
Legasthenie und Dyskalkulie e. V.

www.chancenverband.de

Ludwig-Eckes-Allee 6
55268 Nieder-Olm

Kontakt-Telefon:
0 61 36 – 8 14 72 72

info@chancenverband.de
Fax: 0 61 36 – 95 48 95

VR 41186

Mitgliedsantrag

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Chancenverband Legasthenie und Dyskalkulie e. V.

☐ zum nächstmöglichen Zeitpunkt.

☐ zum _____.

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Jahresbeitrag: 40,– Euro

Unterschrift des Anmeldenden: _____

Bitte senden Sie uns das ausgefüllte Formular per Post oder per Fax zu.

SEPA-Lastschriftmandat

Mandatsreferenz: (wird seperat mitgeteilt)

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger Chancenverband Legasthenie und Dyskalkulie e. V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger Chancenverband Legasthenie und Dyskalkulie e. V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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.

Name, Vorname: _____
(Kontoinhaber)

Kreditinstitut: _____

IBAN/Kto.-Nr.: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

BIC/BLZ: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

Der Beitrag wird jährlich von dem oben genannten Konto abgebucht.

Ort, Datum: _____

Unterschrift Kontoinhaber: _____