

Beitrittserklärung einer DE-LVH-Fördermitgliedschaft

Name _____

Vorname _____

Straße _____

Ort _____

Telefon _____

Geboren am _____

Vereinskonto:
Sparkasse
Marburg-Biedenkopf
Konto-Nr. 18 001 195
BLZ 533 500 00

**Ja, ich möchte Fördermitglied des Vereins
Deutsche Epilepsievereinigung Landesverband Hessen e.V. werden.**

Ich erkläre meinen Beitritt und bin bereit einen Jahresmindestbeitrag von 30,00 Eur oder _____ Eur
(innerhalb der nächsten 3 Monate) zu entrichten.

Meine Einzahlung erfolgt durch Überweisung auf das Konto der Sparkasse Marburg-Biedenkopf,
Konto-Nr. 18 001 195, BLZ 533 500 00

Einzugsermächtigung (Widerruf jederzeit möglich)

Ich bitte als Fördermitglied um eine Spendenquittung

Bei meiner Einzahlung gebe ich das Stichwort >DE LVH-Fördermitgliedschaft< mit der jew. Jahreszahl an.

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich die Deutsche Epilepsievereinigung LV Hessen e.V. mittels meiner Unterschrift widerruflich,
meinen Jahresbeitrag für eine DE-LVH-Fördermitgliedschaft bei jew. Fälligkeit zu Lasten meines u.g. Girokontos
einzuziehen.

Name der Bank _____

Kontoinhaber _____

Kontonummer _____ Bankleitzahl _____

Datum, Unterschrift des Kontoinhabers _____