

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum

Rheinischen Blindenfürsorgeverein 1886 Düren (RBV) als

Einzelperson

Juristische Person

Kommune

Die Inhalte der Vereinssatzung erkenne ich an.

Mir ist bekannt, dass der Mitgliedsbeitrag immer am 30.06. des laufenden Jahres zu zahlen ist.

Name, Vorname
(oder Firmenbezeichnung)

ggf. Ansprechpartner

Anschrift

Email

Telefon

Fax

- Ich ermächtige den RBV, den fälligen Mitgliedsbeitrag in Höhe von **20,00 €** jährlich, von meinem Konto abzubuchen (s. Anlage)
- Ich zahle auf Rechnung
- Ich zahle zum 30.06. per Überweisung auf eines der o. g. Konten

Ort, Datum

Unterschrift

(zutreffendes bitte ankreuzen)

rechtsfähig kraft Verleihung

Roonstraße 4, 52351 Düren
Telefon 02421 398-0
Fax 02421 398-1290
info@rbv-dueren.de
www.rbv-dueren.de

Vorstandsvorsitzende
Die Direktorin des LVR

Geschäftsführer
Dr. Hans-Joachim Zeißig

Commerzbank Köln
KTO 106 632 300, BLZ 370 800 40
IBAN DE51 3708 0040 0106 6353 00
BIC DRESDEFF370

Commerzbank Düren
KTO 5 714 001, BLZ 395 400 52
IBAN DE07 3954 0052 0571 4001 00
BIC COBADEFFXXX

Steuer-Nr. 207/5758/0274

Anlage

rechtsfähig kraft Verleihung

Roonstraße 4, 52351 Düren
Telefon 02421 398-0
Fax 02421 398-1290
info@rbv-dueren.de
www.rbv-dueren.de

Gläubiger-Identifikationsnummer DE73RBV00000433021

Vorstandsvorsitzende
Die Direktorin des LVR

Mandatsreferenz

Mitgliedsbeitrag

Geschäftsführer
Dr. Hans-Joachim Zeißig

Commerzbank Köln
KTO 106 632 300, BLZ 370 800 40
IBAN DE51 3708 0040 0106 6353 00
BIC DRESDEFF370

Commerzbank Düren
KTO 5 714 001, BLZ 395 400 52
IBAN DE07 3954 0052 0571 4001 00
BIC COBADEFFXXX

Steuer-Nr. 207/5758/0274

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den **Rheinischen Blindenfürsorgeverein 1886 Düren**, den jährlichem Mitgliedsbeitrag in Höhe von **20,00 €** zum 30.06. zu Lasten des unten genannten Kontos mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem **Rheinischen Blindenfürsorgeverein 1886 Düren** 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.

Vorname und Name (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Kreditinstitut (Name und BIC)

D E _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _
IBAN

Ort, Datum

Unterschrift