



Netzwerk für Menschen mit Behinderung und Senior/-innen
in der Stadt Bad Salzuflen

Kiliansweg 7-9
32108 Bad Salzuflen
Tel.: 05222/ 962965-40
Mail: info@nbs-ev-badsalzuflen.de
www.nbs-ev-badsalzuflen.de

Beitrittserklärung zum Verein

Name _____

Institution _____

Adresse _____

Telefon _____

Fax _____

E-Mail _____

Internet _____

Ich erkläre hiermit den Beitritt zum NBS Netzwerk für Menschen mit Behinderung und Senior/-innen in der Stadt Bad Salzuflen.

Ich bin mit der Veröffentlichung der oben genannten Daten auf der Internetseite des NBS einverstanden.

Bad Salzuflen, den _____
Unterschrift

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Name des Zahlungsempfängers:

NBSNetzwerk für Menschen mit Behinderung und Senioren der Stadt Bad Salzuflen

Anschrift des Zahlungsempfängers**Straße und Hausnummer:**

Kiliansweg 7 - 9

Postleitzahl und Ort:

32108 Bad Salzuflen

Gläubiger-Identifikationsnummer:

DE80NBS00001494754

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):**Einzugsermächtigung:**

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben) widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem / unserem Konto einzuziehen.

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) 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.

Zahlungsart:

Wiederkehrende Zahlung

Einmalige Zahlung

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):**Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)****Straße und Hausnummer:****Postleitzahl und Ort:****IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen):****BIC (8 oder 11 Stellen):****Ort:****Datum (TT/MM/JJJJ):****Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):**