



**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](mailto:info@nbs-ev-badsalzuflen.de)  
[www.nbs-ev-badsalzuflen.de](http://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:**

NBS Netzwerk 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.

Jährlich einzuziehender Mitgliedsbeitrag (25,00 Euro Mindestbeitrag/Jahr):

Euro

**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):**