

## Anmeldeformular für den Krankenverein St. Nikolaus Schluchsee

\_\_\_\_\_  
Vor- und Zuname

\_\_\_\_\_  
Konfession

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
E-Mail

\_\_\_\_\_  
PLZ und Wohnort

\_\_\_\_\_  
Ort Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

hiermit beantrage ich/wir die Aufnahme in den Krankenverein St. Nikolaus Schluchsee.  
Der Jahresbeitrag von zur Zeit 15,-- € pro Familie wird jährlich im Mai abgebucht.

## SEPA-Lastschriftmandat Erteilung eines Sepa-Basis-Lastschriftmandats

Zahlungsempfänger:  
Krankenverein St. Nikolaus Schluchsee  
Kirchplatz 6  
79859 Schluchsee

**Gläubiger-Identifikationsnummer:** DE17SE200000597571 **Mandatsreferenz:**

### SEPA-Lastschriftmandat

Hiermit ermächtige(n) ich den Krankenverein St. Nikolaus Schluchsee, von meinem Konto mittels Lastschrift den jährlichen Krankenvereinsförderbetrag einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom o.a. Zahlungsempfänger 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

\_\_\_\_\_  
Vorname und Name (Kontoinhaber)

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ und Ort

\_\_\_\_\_  
Kreditinstitut (Name und BIC)

DE\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_  
IBAN

\_\_\_\_\_  
(alternativ: Konto-Nr. BLZ )

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift