Beitrittserklärung

Sozialmedizinischer Verein
DAHEIM
Am Federbühel 3
4652 Steinerkirchen
0664 / 449 663 6
u.pjeta@vereindaheim.at
www.vereindaheim.at

DAHEIM
Pflege mit Kompetenz

Name (zahlendes Mitglied):	**geboren am:**
Straße, Hausnummer:	
Postleitzahl, Ort:	**Tel. Nr.:**

	Vorname:	**geboren am:**
Gattin/Gatte		
Kind		
Kind		
Kind		

Mitgliedsbeiträge

Einzeltarif	EUR 30,00 jährlich
Ehepaar	EUR 60,00 jährlich
Familientarif	EUR 70,00 jährlich

Beitritt ab dem 60. Lebensjahr
Wenn Sie ab dem 60. Geburtstag beitreten, müssen Sie die Mitgliedsbeiträge ab dem 60. Lebensjahr nachzahlen und zusätzlich wird ein einmaliger Pauschalbetrag von Euro 300,-- pro Person vorgeschrieben

Tarif gepflegte Pflegegeldempfänger:
1/3 des monatlichen Pflegegeldes, monatliche Abbuchung
(nur mit Abbuchungsauftrag möglich)

Beim Familientarif sind Kinder **bis zur Erreichung des 18. Lebensjahres** (Volljährigkeit) miteingeschlossen.

……
Unterschrift

Bitte um Weiterleitung an Ihre Wohnsitzgemeinde!

SEPA-Lastschrift-Mandat

Sozialmedizinischer Verein DAHEIM
Am Federbühel 3
4652 Steinerkirchen
0664 / 449 663 6
u.pjeta@vereindaheim.at
www.vereindaheim.at

DAHEIM
Pflege mit Kompetenz

Sehr geehrte Damen und Herren!

Um Ihnen den Bankweg zu ersparen möchten wir Ihnen die Möglichkeit anbieten, Ihre Rechnungen mittels Bankeinzug zu begleichen.

Zahlungsempfänger	Sozialmedizinischer Verein DAHEIM Am Federbühel 3 4652 Steinerkirchen
Creditor-ID	AT10ZZZ 000 000 12 560
Ich ermächtige/ Wir ermächtigen den Sozialmedizinischen Verein DAHEIM, Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/ weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Sozialmedizinischen Verein DAHEIM auf mein/ unser Konto gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen. 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.	

Auftraggeber:	**Kundennummer:**
Straße, Hausnummer:	
Postleitzahl, Ort:	

IBAN	
BIC	

Ort, Datum	Unterschrift / firmenmäßige Zeichnung

Bitte um Weiterleitung an Ihre Wohnsitzgemeinde!

Mit freundlichen Grüßen
Sozialmedizinischer Verein DAHEIM