|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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  Gepflegte Mitglieder erhalten eine finanzielle Unterstützung:  Die eingenommenen Mitgliedsbeiträge eines Kalenderjahres werden an die gepflegten Mitglieder im Verhältnis der Betreuungsstunden ausgeschüttet.  Mitglieder erhalten Unterstützung durch die SMB SozalreferentenInnen  **Die vollen Rechte und Pflichten eines Vereinsmitgliedes kommen erst 6 Monate nach dem Beitritt zum Verein in Anwendung.** |

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

      ……………………………………….

Unterschrift

**Bitte um Weiterleitung an Ihre Wohnsitzgemeinde!**

**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  Keplerstraße 8  4642 Sattledt |
| **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