|  |  |
| --- | --- |
| **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 jährlichGepflegte 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 DAHEIMKeplerstraße 84642 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