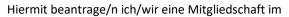
Aufnahmeantrag





Kneipp-Verein Sulzbach e.V.

in a 17th all arms a later over a constall.	Ja 2 altab = . = .	.h.alta. 25222347	. dim
ine Kündigung ist nur zum Jahresend	de moglich, unter Eir	inaitung einer Kur	idigungsfrist von drei Monate
achname	Vorname		geb. am
gf. Partner/-in Nachname	Vorname		geb. am
raße	PLZ	Ort	
elefonnummer (freiwillige Angabe)	E-Mail-Adresse (f	reiwillige Angabe)	
nder unter 18 Jahren können beitragsfrei i	n die Familienmitgliedscl	naft aufgenommen w	erden:
gf. Kind Nachname	Vorname		geb. am
f. Kind Nachname	Vorname		geb. am
f. Kind Nachname	Vorname		geb. am
lit meiner/unserer Mitgliedschaft erke ültigen Fassung an (einzusehen unter v er Zeitschrift "Kneipp-Journal" ist in de ch/Wir bestätige/n, dass ich/wir die Info	vww.kneippverein-sular Mitgliedschaft entha	zbach.de/mitglied-v lten. Kündigung dr	verden/satzung). Der Bezug ei Monate zum Jahresende.
emäß Art.13 DS-GVO auf der Homepag			
Ich/Wir willige/n ein, dass die frei werden dürfen. Diese Einwilligung	kann/können ich/wir j	ederzeit ganz oder t	teilweise mit Wirkung für die
Zukunft durch eine Anzeige an den			
Zukunft durch eine Anzeige an den Antrag ist nur gültig mit dem aus	gefüllten SEPA-Lasts	schriftmandat au	f der Rückseite dieses Formu

Infos zu unseren aktuellen Kursen finden Sie unter: www.kneippverein-sulzbach.de/Kurse

SEPA-Lastschriftmandat

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers:

Kneipp-Verein Sulzbach e.V.

Richard-Wagner-Straße 22

66280 Sulzbach



Gläubiger-Identifikationsnummer:	DE27	ZZZ00	0000	684	50								
Mandatsreferenz für den Jahresbeitrag:	Mitgli	edsnui	mmer	bei	m Kı	neip	pbu	ınd					
Mandatsreferenz für Kursbeiträge:	Kurs-	Name	/ 1. K	urst	ag								
Zahlungsart:							Κι	ırs-	Nr.:				
Wiederkehrende Zahlung	Ei	nmalig	e Zah	nlunç	9		Ü-	Lei	ter:				
für Mitgliedschaft von:													
Name und Voi	rname de	s Mitglie	ds										
Straße und Ha	ausnumm	er											
PLZ und Wohr	nort												
Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zug oben genannten Zahlungsempfänger auf r Hinweis: Ich/wir kann/können innerhalb vor Erstattung des belasteten Betrages verlan vereinbarten Bedingungen. Name des Zahlungspflichtigen (Kontoir	mein/un on acht ngen. Es	woches gelte	nto g en, be	ezo eginr	gene	en L I mit	asts t de	sch m E	rifte Bela	n ei	nzul gsd	öse atur	n. n, die
Bitte in Druckbuchstaben Bankverbindung des Zahlungspflichtige			aber/	-in):	:								
IBAN DE													
BIC													
Handy - Nummer:													
Ort					· -	Datu	ım (T	T.N	ım.ı	וירו			
						-414	('	•		,			

Unterschrift/en des/der Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber/-in)