caritas



## Beitrittserklärung / Mitgliedschaft Ich erkläre meinen Beitritt zum Caritasverband für Stadt und Landkreis Passau e. V.

Name, Vorname:			
Straße, PLZ, Ort			
Geburtsdatum:			
	1= Arbeiter, 2 = Angestellter, 3 = Beamter, 4 = Rentner/Pensionist, 5 = Hausfrau/Mann 6 = Azubi/Schüler/Student, 7 = Ordensfrau/Geistlicher, 8 = Selbständig, 9 = Sonstiges		
E-Mail-Adresse:	Tel.:		
Mit der Bekanntgabe meiner E-Mail-Adresse erkläre ich bis auf Widerruf mein Einverständnis, Informationen über den Verband und seine Veranstaltungen per E-Mail zu erhalten. Eine Weitergabe der E-Mail-Adresse und der Telefonnummer an Dritte erfolgt nicht.			
Ich möchte die Caritasarbeit unterstützen als   □ Einzelmitglied mit 16 €/Jahr			
Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats wiederkehrende Zahlungen			
Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)  Name, Vorname des/der Zahlungspflichtigen			
Caritasverband für Stadt und Landkreis Passau e. V. Obere Donaulände 8 94032 Passau		, ,	
Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)  DE 72 ZZZ 00000 249321			er Caritas ausgefüllt und mitgeteilt*) 01011
SEPA-Lastschriftmandat Ich/Wir ermächtige(n) Sie, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom zuständigen Caritasverein auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.			
KtoNr.	Bankleitzahl		
genaue Bezeichnung des kontoführenden Kreditinstituts			
BIC			
IBAN			
DE I	1	1	
**Bitte entweder KtoNr. und BLZ <u>oder</u> IBAN und BIC angeben			
Ort, Datum		Unterschrift	

Den Mitgliedsbeitrag buchen wir jährlich bis auf Widerruf am 1. Bankarbeitstag im Monat Oktober (Passau: November) von Ihrem o.a. Konto ab.