

Beitrittserklärung

Ich erkläre meinen Beitritt zur Caritas im Pfarrverband Altötting e.V.

Name, Vorname: _____

Straße, HNr, PLZ, Ort: _____

Geburtsdatum: _____ Beruf: _____

E-Mail-Adresse: _____ Tel.: _____

Zum Zwecke der Mitgliederverwaltung, Beitragsabbuchung, Information über Aktionen (z.B. Spendenaktionen) und Versand der Zeitschrift „Sozialcourage“ an Ehrenamtliche, werden ihre Daten, beim Caritasverband für die Diözese Passau e.V., gespeichert. Eine Weitergabe der Daten an Dritte erfolgt nicht. Weitere Informationen zum Datenschutz erhalten Sie unter www.caritas-passau.de. Mit der Bekanntgabe meiner E-Mail-Adresse erkläre ich bis auf Widerruf mein Einverständnis, Informationen über die Pfarrcaritas und deren Veranstaltungen per E-Mail zu erhalten.

Ich bin bereit, die Caritasarbeit zu fördern als

☐ Einzelmitglied ☐ mit Mindestbeitrag 16 €/Jahr, oder ☐ mit freiwilligem Beitrag von€/Jahr.

☐ Familienmitglied ☐ mit Mindestbeitrag 24 €/Jahr, oder ☐ mit freiwilligem Beitrag von€/Jahr.

☐ Familienmitglied ☐ beitragsfrei, oder ☐ mit freiwilligem Beitrag von€/Jahr.

☐ Ehrenamtliche/r ☐ beitragsfrei, oder ☐ mit freiwilligem Beitrag von€/Jahr.

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats (wiederkehrende Zahlungen)

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger) Caritas im Pfarrverband Altötting e.V. Kapellplatz 4 84503 Altötting	Name, Vorname des Zahlungspflichtigen												
Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier) D E 3 2 Z Z Z 0 0 0 0 1 0 6 1 0 5 8	Mandatsreferenz (wird von der Caritas ausgefüllt und mitgeteilt) <table border="1"> <tr> <td>1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>-</td><td>0</td><td>0</td><td>1</td><td></td> </tr> </table>	1							-	0	0	1	
1							-	0	0	1			

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.
Den Mitgliedsbeitrag buchen wir jährlich, bis auf Widerruf, am 1. Bankarbeitstag im Monat Juni, von Ihrem Konto ab. Die erste Lastschrift erfolgt frühestens 14 Tage nach Unterzeichnung dieses Lastschriftmandates.
Bitte informieren Sie uns rechtzeitig über eine Änderung Ihrer Bankverbindung. Andernfalls bitten wir Sie, uns den eventuell entstehenden Mehraufwand (z.B. Rücklastschriftgebühren, Portokosten) zu erstatten.

IBAN des Zahlungspflichtigen D E	
BIC	Name der Bank

Ort	Datum	Unterschrift
--------------	----------------	-----------------------