



Eltern- und Freundeskreis
zur Förderung des Zentrums für
Entwicklungsdiagnostik und Sozialpädiatrie e.V.

Ja, ich möchte Mitglied im E. u. F. ZEUS e.V. werden.

Vorname und Nachname _____

Straße und Hausnummer _____

Postleitzahl und Ort _____

Telefon _____

Geburtsdatum _____

E-Mail _____

Als Jahresbeitrag wähle ich:

15,00 Euro (Mindestbeitrag)

_____ Euro (freiwilliger Beitrag)

Die Abbuchung erfolgt erstmals zum Eintritt, für die Folgejahre zum 01. April.

Ort, Datum und Unterschrift _____

SEPA-Lastschriftmandat

Wiederkehrende Zahlung Zahlungsempfänger (Gläubiger): Eltern- und Freundeskreis zur Förderung des ZEUS e.V., Sauerbruchstraße 5A, 38440 Wolfsburg Gläubiger-Identifikationsnummer: DE43ZZZ00001390272 Mandatsreferenz: (wird separat mitgeteilt)

Ich ermächtige den E. u. F. ZEUS e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom E. u. F. ZEUS e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten

Bedingungen.

Name (Kontoinhaber) _____

Name der Bank _____

BIC _____

IBAN _____

Ort, Datum und Unterschrift _____