

Nachbarschaftshilfe Ranstadt e. V.

Beitrittserklärung

Ich erkläre hiermit meinen Beitritt zur „NACHBARSCHAFTSHILFE Ranstadt e.V.“ als

aktives Mitglied förderndes Mitglied **Gewünschter Jahresbeitrag:** _____
(mind. 10,-- Euro)

Name:		Vorname:	
Straße:		Hausnummer:	
PLZ:		Ort / Ortsteil:	/
Geburtsdatum:		Erlerner Beruf:	
Telefon-Nr.:		Handy-Nr.:	
E-Mail:		Fax-Nr.:	

Nachstehende Aktiven-Leistungen können von mir erbracht werden:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Begleitung zum Arzt | <input type="checkbox"/> Partner bei Gesellschaftsspielen |
| <input type="checkbox"/> Begleitung zu Behörden | <input type="checkbox"/> Schreibhilfe |
| <input type="checkbox"/> Besuchsdienste | <input type="checkbox"/> Entlastung bei Krankheit / Pflege |
| <input type="checkbox"/> Hilfe im Haushalt | <input type="checkbox"/> kleinere Reparaturen / techn. Hilfe |
| <input type="checkbox"/> Hilfe bei Einkauf / Besorgungen | <input type="checkbox"/> Hilfe bei Gartenarbeiten |
| <input type="checkbox"/> Vorlesen | <input type="checkbox"/> Kinderbetreuung |
| <input type="checkbox"/> Gesellschaft leisten | <input type="checkbox"/> Bürodienst in der Nachbarschaftshilfe |
| <input type="checkbox"/> Gemeinsamer Spaziergang | <input type="checkbox"/> Sonstige |

Ort, Datum

Unterschrift

Nachbarschaftshilfe Ranstadt e. V.

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)
DE28ZZZ00000186578
Mandatsreferenz

SEPA – Lastschriftmandat

Ich ermächtige (Wir ermächtigen) die Nachbarschaftshilfe Ranstadt e.V., Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von der Nachbarschaftshilfe Ranstadt e.V. auf mein (unser) Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: 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.

Meine Bankverbindung lautet:

Name:		Vorname:	
Straße:		Haus-Nr.:	
PLZ:		Ort:	
Kontoinhaber:			
IBAN			
BIC:			
Kreditinstitut:			
Gewünschter Jahresbeitrag: (mind. 10,-- Euro)			

Ort, Datum

Unterschrift