



Kirchstraße 2  
56645 Nickenich

Tel: 02632-490 962 5  
Fax: 02632-499 947  
Web: [Info@SHV-Pellenz.de](mailto:Info@SHV-Pellenz.de)

## Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Verein  
**Seniorenhilfeverein Pellenz e.V.**

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

Straße / Nr.: \_\_\_\_\_

Telefon priv.: \_\_\_\_\_

Telefon dienstl.: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

- Ich **benötige Hilfeleistungen** und bitte um Kontaktaufnahme  
 Ich möchte **aktive Hilfe** leisten und bitte um Kontaktaufnahme  
 Ich möchte **passives Mitglied** werden

Ich zahle meinen Beitrag in Höhe des Mindestbeitrages pro Kalenderjahr und Person von derzeit 12€. Ich bin mit der Erhebung, Verarbeitung, Speicherung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten im Zusammenhang mit der Erfüllung des Vereinszweckes einverstanden. **Beachten Sie bitte die Datenschutzinformationen für Mitglieder.**

Ort, Datum

Unterschrift

### SEPA – Lastschriftmandat

Ich / Wir ermächtige(n) den Kassierer des Seniorenhilfevereins e.V., Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom Seniorenhilfeverein Pellenz 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 Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

IBAN: 

D	E																	
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BIC: \_\_\_\_\_ Kreditinstitut: \_\_\_\_\_

Kontoinhaber/in: \_\_\_\_\_

Ort, Datum

Unterschrift