

An den Vorstand

Antrag auf Mitgliedschaft

in den Freundeskreisen für Suchtkrankenhilfe
Landesverband Bremen e.V.



**Freundeskreise
für Suchtkrankenhilfe**
Landesverband Bremen e.V.

Name :
(in Druckbuchstaben)

Straße :

PLZ, Ort :

Telefon :Geburtsdatum :

E-Mail:

Ich beantrage die Aufnahme als Mitglied in den Verein. (Gruppe:)

Bremen, dem Unterschrift:

SEPA- Lastschriftmandat:

Ich ermächtige die Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe, Landesverband Bremen e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von den Freundeskreisen für Suchtkrankenhilfe 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.

Vorname u. Nachname
(Kontoinhaber):

Straße u. Hausnummer:

PLZ, Ort:

IBAN: DE.....

Bremen, dem Unterschrift:

Zahlungsempfänger: Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe, Landesverband Bremen e.V.

Gläubiger-ID (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):

Die Abbuchung der Beiträge erfolgt ¼-jährlich am 15.02., 15.05., 15.08., 15.11. oder am darauf folgenden Bankarbeitstag.

An den Vorstand

Antrag auf Mitgliedschaft

in den Freundeskreisen für Suchtkrankenhilfe
Landesverband Bremen e.V.



**Freundeskreise
für Suchtkrankenhilfe**
Landesverband Bremen e.V.

Name :
(in Druckbuchstaben)

Straße :

PLZ, Ort :

Telefon :Geburtsdatum :

E-Mail:

Ich beantrage die Aufnahme als Mitglied in den Verein. (Gruppe:)

Bremen, dem Unterschrift:

SEPA- Lastschriftmandat:

Ich ermächtige die Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe, Landesverband Bremen e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von den Freundeskreisen für Suchtkrankenhilfe 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.

Vorname u. Nachname
(Kontoinhaber):

Straße u. Hausnummer:

PLZ, Ort:

IBAN: DE.....

Bremen, dem Unterschrift:

Zahlungsempfänger: Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe LV-Bremen e.V.

Gläubiger-ID (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):

Die Abbuchung der Beiträge erfolgt ¼-jährlich am 15.02., 15.05., 15.08., 15.11. oder am darauf folgenden Bankarbeitstag.