



Caritasverband  
Region  
Mönchengladbach e.V.

Caritasverband  
Region Mönchengladbach e.V.  
- Mitgliederverwaltung -  
Albertusstr. 36  
41061 Mönchengladbach

Mitgliederverwaltung  
Albertusstraße 36  
41061 Mönchengladbach  
Internet <http://www.caritas-mg.net>  
Telefon (02161) 8102-0  
Telefax (02161) 8102-52  
E-Mail: [mitglieder@caritas-mg.net](mailto:mitglieder@caritas-mg.net)

## Beitrittserklärung

Ich werde Mitglied des Caritasverbandes Region Mönchengladbach e. V.

ab dem: \_\_\_\_\_

Vorname, Name: \_\_\_\_\_

Straße, Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon, E-Mail: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_ Konfession: \_\_\_\_\_

Pfarrgemeinde: \_\_\_\_\_

- Ich bin bereit die Arbeit des Caritasverbandes durch einen finanziellen Beitrag (Mitgliedsbeitrag) von \_\_\_\_\_ € jährlich zu fördern. Diesen Beitrag, jährlich mindestens 24,- €, zahle ich im Lastschriftinzugsverfahren, zu dem ich mit den beigefügten SEPA-Lastschriftmandat mein Einverständnis erkläre. Er ist als „Sonderausgabe“ steuerlich abzugsfähig.
- Ich unterstütze die Arbeit des Caritasverbandes durch mein ehrenamtliches Engagement.
- Ich bin bereits regelmäßig ehrenamtlich im karitativen Dienst der Gemeinde tätig.

Gemeinschaft der Gemeinden / Einrichtung des Caritasverbandes

Stempel

Mönchengladbach, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Alle Mitglieder erhalten viermal jährlich kostenlos die Mitgliederzeitschrift „Sozialcourage“.

**SEPA-Basis-Lastschriftmandat**

**Caritasverband  
Region Mönchengladbach e.V.  
Albertusstraße 36  
41061 Mönchengladbach**

 Einmalige Zahlung Wiederkehrende Zahlung

Gläubiger-Identifikationsnummer  
**DE4800100000458594**

[Mandatsreferenz]  
**wird mit der ersten Rechnung  
mitgeteilt**

**SEPA-Basis-Lastschriftmandat**

Ich/Wir ermächtige(n) den

**Caritasverband Region Mönchengladbach e. V.**

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom

**Caritasverband Region Mönchengladbach 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.

Kontoinhaber /Zahlungspflichtiger (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort, Land)

Kreditinstitut

BIC<sup>1</sup>

IBAN

<sup>1</sup> Hinweis: Ab 01.02.2014 kann die Angabe des BIC entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt.

Ort, Datum

Unterschrift (Zahlungspflichtiger)

**Ausfertigung für den Zahlungspflichtigen**

**IBAN:** DE7531050000000131359 **BIC:** MGLSDE33