



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.de>
Telefon (02161) 8102-12
Telefax (02161) 8102-52
E-Mail: krawietz@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 24,00 €) zahle ich im Lastschriftinzugsverfahren, zu dem ich mit dem beigefügten SEPA-Lastschriftmandat mein Einverständnis erkläre. Der Mitgliedsbeitrag 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]

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

BIC¹

IBAN

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

Ort, Datum

Unterschrift (Zahlungspflichtiger)

Ausfertigung für den Caritasverband

SEPA-Basis-Lastschriftmandat

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

 Einmalige Zahlung Wiederkehrende Zahlung

Gläubiger-Identifikationsnummer
DE4800100000458594

[Mandatsreferenz]

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

BIC¹

IBAN

¹ 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