

Behindertenverband Saale-Orla-Kreis e. V.

Sitz: Oettersdorfer Str. 18a, 07907 Schleiz
Tel.: (03663) 42 28 86



SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE13ZZZ00000431288
Mandatsreferenz (wird separat mitgeteilt)

Hiermit ermächtige ich den Behindertenverband SOK e. V., den Mitgliedsbeitrag mittels Lastschrift von meinem Konto einzuziehen.

Kreditinstitut: _____

IBAN: _____

BIC: _____

jährlich zum 01.03. in Höhe von 24,00€.

Name: _____ Vorname: _____

PLZ/Wohnort: _____ Straße: _____

Unterschrift Ort, Datum

Aufnahmeantrag

In Anerkennung der Satzung des Behindertenverbandes
Saale-Orla-Kreis e. V. beantrage ich die Aufnahme als Mitglied.

Name: _____ Vorname: _____

geb. am: _____ in: _____

PLZ/Wohnort: _____ Straße: _____

Beruf: _____

Betrieb: _____

Tel. privat: _____ dienstl.: _____

Grad und Merkzeichen der Behinderung (einschließlich Art):

Interessen: _____

Aufnahmespende einmalig: _____ €

Mitgliedsbeitrag monatl./jährl.: _____ €

Ort und Datum: _____ Unterschrift _____