



# Allgemeiner Kranken-Unterstützungsverein Sonthofen

gegründet 1871

---

## Beitrittserklärung

_____	_____
Name	Vorname
_____	_____
Straße	PLZ / Ort
_____	_____
Geburtsdatum	Eintrittsdatum
_____	_____
Telefon	E-Mail

---

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE 12ZZZ00001475996

Mandatsreferenznummer:

### **Sepa-Lastschriftmandat**

Ich ermächtige den Krankenunterstützungsverein, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem Krankenunterstützungsverein 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.

---

Kreditinstitut (Name)

DE\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_

---

IBAN

---

Datum, Ort und Unterschrift

(Anträge werden nur mit Sepa-Lastschriftmandat akzeptiert)