

Beitrittserklärung

Sozialmedizinischer Verein
DAHEIM

Keplerstraße 8
4642 Sattledt
0680 / 300 81 15

kassier@vereindaheim.at
www.vereindaheim.at

DAHEIM

Pflege mit Kompetenz

Name (zahlendes Mitglied):		geboren am:	
Straße, Hausnummer:			
Postleitzahl, Ort:		Tel. Nr.:	

	Vorname:	geboren am:
Gattin/Gatte		
Kind		
Kind		
Kind		

Mitgliedsbeiträge	
Einzeltarif	EUR 30,00 jährlich
Ehepaar	EUR 60,00 jährlich
Familientarif	EUR 70,00 jährlich
Gepflegte Mitglieder erhalten eine finanzielle Unterstützung: Die eingenommenen Mitgliedsbeiträge eines Kalenderjahres werden an die gepflegten Mitglieder im Verhältnis der Betreuungsstunden ausgeschüttet.	
Mitglieder erhalten Unterstützung durch die SMB SozialreferentenInnen	
Die vollen Rechte und Pflichten eines Vereinsmitgliedes kommen erst 6 Monate nach dem Beitritt zum Verein in Anwendung.	

Beim Familientarif sind Kinder **bis zur Erreichung des 18. Lebensjahres** (Volljährigkeit) miteingeschlossen.

.....
Unterschrift

SEPA-Lastschrift- Mandat

Sozialmedizinischer Verein

DAHEIM

Keplerstraße 8

4642 Sattledt

0680 / 300 81 15

kassier@vereindaheim.at

www.vereindaheim.at

DAHEIM

Pflege mit Kompetenz

Bitte um Weiterleitung an Ihre Wohnsitzgemeinde!

Sehr geehrte Damen und Herren!

Um Ihnen den Bankweg zu ersparen möchten wir Ihnen die Möglichkeit anbieten, Ihre Rechnungen mittels Bankeinzug zu begleichen.

Zahlungsempfänger	Sozialmedizinischer Verein DAHEIM Am Federbühel 3 4652 Steinerkirchen
Creditor-ID	AT10ZZZ 000 000 12 560
Ich ermächtige/ Wir ermächtigen den Sozialmedizinischen Verein DAHEIM, Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/ weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Sozialmedizinischen Verein DAHEIM auf mein/ unser Konto gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen. Ich kann/ Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/ unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.	

Auftraggeber:	Kundenummer:
Straße, Hausnummer:	
Postleitzahl, Ort:	

IBAN	
BIC	

Ort, Datum	Unterschrift / firmenmäßige Zeichnung
------------	---------------------------------------

Bitte um Weiterleitung an Ihre Wohnsitzgemeinde!

Mit freundlichen Grüßen
Sozialmedizinischer Verein DAHEIM