



Diakonieverein  
Bad Wörishofen e.V.

# Mitgliedsantrag

## Ja, ich will

Lindenweg 8  
86825 Bad Wörishofen  
Tel. 0178 - 1946927  
Email:  
[kontakt@diakonieverein-bad-woerishofen.de](mailto:kontakt@diakonieverein-bad-woerishofen.de)  
Home:  
[www.diakonieverein-bad-woerishofen.de](http://www.diakonieverein-bad-woerishofen.de)

- Mitglied werden im Diakonieverein Bad Wörishofen e.V.  
der Mitgliedsbeitrag beträgt jährlich* *15,00 Euro*
- Ich will helfen mit einer zusätzlichen jährlichen Spende von* *\_\_\_\_\_ Euro*
- gesamter Jahresbeitrag*** ***\_\_\_\_\_ Euro***

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

Anschrift \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Eintrittsdatum \_\_\_\_\_

Mitgliedsnummer \_\_\_\_\_ (wird vom Verein eingetragen)

*Der oben genannte Betrag darf von meinem Konto abgebucht werden. (Bitte füllen Sie die SEPA Lastschrift umseitig dafür aus – vielen Dank!)*

*Über die **Ziele und den Zweck des Vereins** bin ich informiert. Die Satzung kann auf Wunsch zugeschickt, oder unter auf unserer Homepage eingesehen werden.*

### Datenschutz:

- Mir ist bekannt und ich bin damit einverstanden, dass die mich betreffenden Daten im Verein erhoben, gespeichert und verarbeitet werden, soweit sie für das Mitgliedschaftsverhältnis, die Betreuung und Verwaltung der Mitglieder, sowie die Verfolgung der Vereinsziele erforderlich sind. Ich kann ggf. die Berichtigung meiner Daten verlangen.*

*Die **Kündigung** der Mitgliedschaft kann jeweils zum Ende des Kalenderjahres durch eine schriftliche Erklärung an den Vorstand erfolgen.*

---

Ort, Datum

---

Unterschrift

# SEPA Lastschriftmandat

Diakonieverein Bad Wörishofen e.V., Lindenweg 8, 86825 Bad Wörishofen

**Gläubiger Identifikationsnummer:** DE 1ZZZ 0000 1510 632

**Mandatsreferenz:** \_\_\_\_\_ (wird vom Verein eingetragen)

*Ich ermächtige den Diakonieverein Bad Wörishofen e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Diakonieverein Bad Wörishofen e.V. 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.*

Name und Vorname des Kontoinhabers

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

IBAN: DE\_ \_/\_ \_/\_ / \_ \_/\_ / \_ \_/\_ / \_ \_

Bankname: \_\_\_\_\_

Ort, Datum

Unterschrift