

Ja, ich will!

Ja, ich will den LSVD-Newsletter abonnieren!

E-Mail-Adresse:

Ja, ich will in den LSVD eintreten!

Programm und Satzung des LSVD erkenne ich an.

Ich zahle einen monatlichen Beitrag* von

10€

15€

20€

..... €

*Monatlicher Regelbeitrag €10,
für Nichtverdienende €2,50

Name:

Straße:

Postleitzahl: Ort:

Bundesland:

E-Mail:

Tel.: Geb.-Datum (optional):

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den LSVD e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Gleichzeitig weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem LSVD e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Die Mandatsreferenz wird mir in einem gesonderten Schreiben mitgeteilt.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber/in:

Kreditinstitut (Name & BIC): |

IBAN: DE | | | |

Abbuchung: viertel- halb- jährlich

Ort, Datum, Unterschrift:

