

## Mitgliedsantrag

**Ortskrankenpflegeverein Laichinger Alb e.V.**  
**Uhlandstr. 11**  
**89150 Laichingen**

Gläubiger-Identifikationsnummer  
DE96ZZZ00000449679

Ja, durch meine Mitgliedschaft unterstütze ich die Arbeit des OKV  
und erteile mein **SEPA-Lastschriftmandat**

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den OKV, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom OKV auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: 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.

Jährlicher Mitgliedsbeitrag (per 1.6.) ab \_\_\_\_\_

- für Einzelperson      20,-- Euro  
 für Familien            30,-- Euro  
 freiwillig                \_\_\_\_\_ Euro

### Mitglied / Zahlungspflichtiger

_____	Vorname und Name
_____	_____
Straße und Hausnummer	Postleitzahl und Ort
_____	_____
Geburtsdatum	Telefonnummer
_____	_____
E-Mail (falls vorhanden)	Mandatsreferenz (wird vom OKV ausgefüllt)
_____	_____
Name und BLZ Kreditinstitut	Kontonummer
_____	_____
IBAN	BIC
_____	_____
Ort, Datum	Unterschrift

**Wir sagen danke.**