

Landesverband  
der Epilepsie-Selbsthilfegruppen  
Baden-Württemberg gem. e.V.



Postfach 1122  
72666 Neckartailfingen  
Telefon: 07127 922215  
Telefax: 07127 922770  
E-Mail: kontakt@lv-epilepsie-bw.de  
Homepage: www.lv-epilepsie-bw.de

## BEITRITTSERKLÄRUNG

.....  
Vorname

.....  
Zuname

.....  
Straße/Hausnummer

.....  
PLZ / Ort

.....  
Telefon

.....  
E-Mail

Ich erkläre hiermit meinen Beitritt  
als Mitglied.

Den Jahresbeitrag von 20 €

bitte ich von meinem Konto  
einzuziehen.  
(Bitte Rückseite beachten)

überweise ich auf das Konto:  
Landesverband  
der Epilepsie-Selbsthilfegruppen  
Baden-Württemberg  
Volksbank in der Region eG  
IBAN: DE88 6039 1310 0560 4430 05  
BIC: GENODES1VBH

.....  
Ort / Datum

## SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT

### Zahlungsempfänger

Landesverband  
der Epilepsie-Selbsthilfegruppen  
Baden-Württemberg gem. e.V.  
Vogelsangstr. 31  
72667 Schlaitdorf

Gläubiger Identifikationsnummer:  
DE02SHG00000211684

Mandatsreferenznummer

.....  
Ich ermächtige den Landesverband der  
Epilepsie-Selbsthilfegruppen Baden-Württem-  
berg gem. e.V., Zahlungen von meinem  
Konto einzuziehen. Zugleich weise ich  
mein Kreditinstitut an, die vom Landes-  
verband der Epilepsie-Selbsthilfegruppen  
Baden-Württemberg gem. e.V. auf meinem  
Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.  
Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen  
beginnend mit dem Belastungsdatum,  
die Erstattung des belasteten Betrags ver-  
langen. Es gelten dabei die mit meinem  
Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

.....  
Kontoinhaber

.....  
Straße / Hausnummer

.....  
PLZ / Ort

.....  
Kreditinstitut

.....  
BIC

.....  
IBAN

.....  
Ort / Datum / Unterschrift