

Beitrittserklärung

Ich erkläre meinen Beitritt zur Pfarrcaritas für die Pfarrei Perach e.V.

Name, Vorname: _____

Straße, PLZ, Ort _____

Geburtsdatum: _____

Beruf: _____
1 = Arbeiter, 2 = Angestellter, 3 = Beamter, 4 = Rentner/Pensionist, 5 = Hausfrau/Mann
 6 = Azubi/Schüler/Student, 7 = Ordensfrau/Geistlicher, 8 = Selbständig, 9 = Sonstiges

E-Mail-Adresse: _____ Tel.: _____

Zum Zwecke der Mitgliederverwaltung, Beitragsabbuchung, Information über Aktionen (z. B. Spendenaktionen) und Versand der Mitgliederzeitschrift „Sozialcourage“ werden ihre Daten beim Caritasverband für die Diözese Passau e.V. gespeichert. Eine Weitergabe der Daten an Dritte erfolgt nicht. Weitere Informationen zum Datenschutz erhalten Sie unter www.caritas-passau.de.

Mit der Bekanntgabe meiner eMail-Adresse erkläre ich bis auf Widerruf mein Einverständnis, Informationen über die Pfarrcaritas und deren Veranstaltungen per eMail zu erhalten.

Ich bin bereit, die Caritasarbeit zu fördern als

- ☐ Einzelmitglied mit 16 €/Jahr ☐ Familienmitglied mit 24 €/Jahr ☐ Mitglied mit freiwilligem Beitrag€/Jahr
☐ beitragsfreie/r Ehrenamtliche/r ☐ beitragsfreies Familienmitglied

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

wiederkehrende Zahlungen

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger) Pfarrcaritas für die Pfarrei Perach e.V. Hermann-Hierl-Str. 8 84567 Perach	Name, Vorname des Zahlungspflichtigen
Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier) DE67ZZ100000425466	Mandatsreferenz (wird von der Caritas ausgefüllt und mitgeteilt*) 11 1 1 1 1 1-101011

SEPA-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n) Sie, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom zuständigen Caritasverein auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen.

Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kto.-Nr.	Bankleitzahl
genaue Bezeichnung des kontoführenden Kreditinstituts	
BIC	
IBAN DE	

****Bitte entweder Kto.-Nr. und BLZ oder IBAN und BIC angeben**

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

Den Mitgliedsbeitrag buchen wir jährlich bis auf Widerruf am 1. Bankarbeitstag im Monat **Dezember** von Ihrem o.a. Konto ab.