



MITGLIEDSANTRAG

Ich möchte den Caritasverband Koblenz e.V. stärken und fördern.
Daher beantrage ich meine Mitgliedschaft.

Ich unterstütze den Caritasverband Koblenz e.V. jährlich mit einer Summe von:

24,00 € (Mindestbeitrag)

_____ €

Ich bin ehrenamtlich im Caritasverband oder in meiner Gemeinde tätig.

Daher beantrage ich eine beitriffsfreie Mitgliedschaft.

Ich zahle einen Mitgliedsbeitrag in Höhe von _____ €

Nachdem der Vorstand des Caritasverbandes Koblenz e.V. meinen Antrag zugestimmt hat, erhalte ich kostenfrei die Mitgliederzeitung „Sozialcourage“ inklusive der Regionalbeilage des Caritasverbandes Koblenz.

ja bitte

nein danke

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Datum und Unterschrift

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Caritasverband Koblenz e.V. Zahlungen in Höhe des oben angekreuzten Spendenbetrags bis auf Widerruf von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem Caritasverband Koblenz e.V. auf mein Konto gezogene Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belastenden Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name des Bankinstituts

Kontoinhaber*in

IBAN

BIC

Ort, Datum

Unterschrift