

# Beitrittserklärung

Ich trete dem Verein Zentrum Patientenschulung bei als:  natürliche Person  Einrichtung  Träger

## Kontaktdaten

Titel		Name	
Institution			
Anschrift		PLZ	Ort
Telefon		E-Mail	
Fax		Name des Stellvertreters (bei Einrichtungen)	
Ort, Datum		Unterschrift	

## Mitgliedsbeitrag

- Der Mitgliedsbeitrag wird von mir nach Erhalt der Beitragsrechnung überwiesen.
- Hiermit ermächtige ich den Verein Zentrum Patientenschulung, den Mitgliedsbeitrag von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zentrum Patientenschulung e. V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.  
Mir ist bekannt, dass ich innerhalb von 8 Wochen – beginnend mit dem Belastungsdatum – die Erstattung des belasteten Betrages verlangen kann. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber															
IBAN		D	E												
BIC (8 oder 11 Stellen)															
Ort, Datum								Unterschrift							

Unsere Gläubigeridentifikationsnummer: DE81ZZZ00000141295

### Hinweise:

Im Zusammenhang mit der Schaffung eines einheitlichen europäischen Zahlungsverkehrsraumes (SEPA) kommt es zu Änderungen beim Lastschriftverfahren. Für eine Übergangsphase kann weiter wie bisher mit der Kontonummer und der Bankleitzahl das Lastschriftverfahren durchgeführt werden. Mit der Umstellung auf das SEPA-Verfahren muss zwingend die IBAN und der BIC Ihrer Bankverbindung verwendet werden. Diese finden Sie auf Ihren Kontoauszügen oder erhalten Sie bei Ihrer Bank.

Eine bisherige Einzugsermächtigung war nach altem Recht unbefristet bis zum Widerruf gültig, die neue SEPA-Lastschrift gilt maximal 36 Monate nach der letzten Nutzung. Sie können jeder Abbuchung widersprechen und von Ihrem Geldinstitut die Wiedergutschrift des abgebuchten Betrages verlangen. Hierfür gilt bisher eine Frist von sechs Wochen, diese verlängert sich beim SEPA-Mandat auf acht Wochen.

Die Angabe der IBAN und BIC-Nummer ist zwingend erforderlich. Eine Rückgabe des Lastschrift-Mandats ist nur im Original, nicht als Fax oder E-Mail zulässig. Bitte beachten Sie auch, dass Abbuchungen von einem Sparkonto nicht möglich sind.

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular per Fax oder Post an:

**Zentrum Patientenschulung e. V.**  
**Steinbachtal 24**  
**97084 Würzburg**

Telefon: 01577 5196317

Fax: 09364 7984995

Mail: kontakt@zentrum-patientenschulung.de

Internet: www.zentrum-patientenschulung.de

Bankverbindung: Zentrum Patientenschulung e. V.,

IBAN: DE37 7905 0000 0046 2318 09

BIC: BYLADEM1SWU, Sparkasse Mainfranken

Steuernummer: 257/111/70238