



Evangelisch-Freikirchliches  
Sozialwerk Wermelskirchen e. V.  
Herrn Ulrich Abels  
Auf der Huhfuhr 10  
42929 Wermelskirchen

Vorsitzender: Ulrich Abels  
Auf der Huhfuhr 10  
42929 Wermelskirchen  
Tel 02193 500743  
uabels@sozialwerk-wk.de  
www.sozialwerk-wk.de  
St. Nr. 230/5721/4785  
Stadtsparkasse Wermelskirchen  
IBAN: DE05 3405 1570 0000 1112 78  
BIC: WELADED1WMK

## Beitrittserklärung

Hiermit trete ich dem Evangelisch-Freikirchlichen Sozialwerk Wermelskirchen e. V. als Mitglied bei. Meine Mitgliedschaft kann ich jederzeit zum Ende des Kalenderjahres kündigen. Der Mitgliedsbeitrag von jährlich mindestens 60,00 € wird jeweils zum 1.1. des Jahres fällig (Bankeinzug empfohlen).

Ich beantrage eine Fördermitgliedschaft.

Mein Jahresbeitrag beträgt (mindestens 60 €):

\_\_\_\_\_ €

Zahlung per:

Bankeinzug (bitte SEPA – Lastschriftmandat ausfüllen)

Überweisung auf das Konto

IBAN: DE05 3405 1570 0000 1112 78

Stadtsparkasse Wermelskirchen

BIC: WELADED1WMK

Ich bitte um Ausstellung einer Zuwendungsbescheinigung zum Jahresende.

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Ort, Datum

Unterschrift



**SEPA - Lastschriftmandat** (SEPA Direct Debit Mandate)  
für SEPA - Lastschriftverfahren/SEPA Core Direct Debit Scheme

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Evangelisch-Freikirchliches  
Sozialwerk Wermelskirchen e. V.  
Auf der Huhfuhr 10  
42929 Wermelskirchen

**Wiederkehrende Zahlungen/  
Recurrent Payments**

[Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)] DE82ZZZ00000331106	[Mandatsreferenz] <b>wird vom EFSW ausgefüllt</b>
--	---

**SEPA - Lastschriftmandat**

Ich/Wir ermächtige(n)

[Name des Zahlungsempfängers]  
Evangelisch-Freikirchliches Sozialwerk Wermelskirchen e. V.

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

[Name des Zahlungsempfängers]  
Evangelisch-Freikirchliches Sozialwerk Wermelskirchen e. V.

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.

[Kontoinhaber /Zahlungspflichtiger (Name, Vorname)]

[Straße, Hausnummer]

[PLZ, Wohnort]

[Kreditinstitut]

[BIC1]	[IBAN]
--------	--------

<sup>1</sup> Hinweis: Ab 01.02.2014 kann die Angabe des BIC entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt.

[Ort, Datum]	Unterschrift (Zahlungspflichtiger)
--------------	------------------------------------