



Sozialmedizinischer Betreuungsring Nord  
für die Gemeinden Grünbach, Leopoldschlag,  
Rainbach im Mühlkreis, Sandl und  
Windhaag bei Freistadt

## SOZIALMEDIZINISCHER BETREUUNGSRING NORD

für die Gemeinden Grünbach, Leopoldschlag,  
Rainbach im Mühlkreis, Sandl und  
Windhaag bei Freistadt

**Anschrift:** Marktplatz 1, 4264 Grünbach  
**E-Mail:** [SMB\\_Gruenbach@gmx.at](mailto:SMB_Gruenbach@gmx.at)  
**Internet:** <http://www.smbplus.at/content/smb-nord>  
**ZVR-Zahl:** 091782290

# BEITRITTSERKLÄRUNG

Name: .....

Adresse: .....

tritt dem Verein als **Mitglied** bei

- ☐ **Einzelmitgliedschaft** mit einem jährlichen Mitgliedsbeitrag in der Höhe von **€ 20,00**
- ☐ **Familienmitgliedschaft** mit einem jährlichen Mitgliedsbeitrag in der Höhe von **€ 28,00**

Ich erkläre mich ausdrücklich einverstanden, die Vereinsstatuten zu beachten, die Interessen des Vereines zu fördern und alles zu unterlassen, wodurch das Ansehen und der Zweck des Vereines leiden könnte. Ich stimme ausdrücklich zu, dass meine persönlichen Daten (Name, Adresse, Mitgliedsart, Beitrittsdatum) zwecks Mitgliederverwaltung beim SMB Nord verwaltet werden und zwecks vereinspezifischer Informationen (z.B. Einladungen zu Vereinsveranstaltungen) verwendet werden. Diese Einwilligung kann vom mir jederzeit widerrufen werden.

Datum: .....

Unterschrift: .....

### SEPA-Lastschrift-Mandat

Mandatsreferenz: .....

**Zahlungsempfänger** Creditor-ID: AT92ZZZ00000019135

Name: **Sozialmedizinischer Betreuungsring Nord**

Anschrift: Marktplatz 1, 4264 Grünbach

Ich ermächtige/ Wir ermächtigen [Name des Zahlungsempfängers], Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels SEPA Lastschriften einzuziehen. Zugleich weise ich mein/ weisen wir unser Kreditinstitut an, die von [Name des Zahlungsempfängers] auf mein/ unser Konto gezogenen SEPA Lastschriften einzulösen. Ich kann/ Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/ unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungsart: ☐ einmalig ☐ wiederkehrend

### ZAHLUNGSPFLICHTIGER

Name: .....

Anschrift (Straße, PLZ, Ort, Land): .....

IBAN: .....

Ich stimme ausdrücklich zu, dass meine persönlichen Daten (Name, Adresse, Zahlungsart, IBAN) zwecks Mitgliedsbeitragsentziehung (im Falle einer Leistungsanspruchnahme gilt diese Ermächtigung auch für die monatlichen Leistungsberechnungen) vom SMB Nord verwaltet werden. Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.

.....  
Ort, Datum

Unterschrift: .....