

## Beitrittserklärung

Ich/wir trete/n dem Verein

Zentrum Patientenschulung und  
Gesundheitsförderung bei als:

- natürliche Person
  Einrichtung
  Einrichtungsgruppe
  Träger

<b>Kontaktdaten</b>		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 und Gesundheitsförderung, den Mitgliedsbeitrag von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zentrum Patientenschulung und Gesundheitsförderung 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 und  
Gesundheitsförderung e. V. - Geschäftsstelle  
Dr. Andrea Reusch  
Uhlandstr. 7  
97072 Würzburg

Telefon: 0178 7647999  
Fax: 09364 7984995  
Mail: kontakt@zepg.de  
Internet: www.zepg.de

Bankverbindung: Zentrum Patientenschulung e. V.,  
IBAN: DE37 7905 0000 0046 2318 09  
BIC: BYLADEM1SWU, Sparkasse Mainfranken  
Steuernummer: 257/111/70238