

**Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe**  
Landesverband Schleswig - Holstein e.V.  
An der Marienkirche 22

24768 Rendsburg



## Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Landesverband der Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe

Nachname	Vorname	Telefon
Straße	PLZ	Wohnort
Mailadresse	Geburtsdatum	Freundeskreis
Datum	Unterschrift	

### SEPA-Basis-Lastschriftmandat für Mitgliedsbeitrag

**Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe Landesverband Schleswig-Holstein e. V.**  
**An der Marienkirche 22, 24768 Rendsburg, E-Mail: mail@freundeskreise-sucht-sh.de**  
**Gläubiger-Identifikationsnummer: DE43ZZZ00000564414**  
**Mandatsreferenz: wird noch bekanntgegeben      Zahlungsart: wiederkehrend**

Ich ermächtige/Wir ermächtigen die Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe Landesverband Schleswig-Holstein e. V. von meinem Konto/von unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich/weisen wir mein Kreditinstitut/unser Kreditinstitut an, die von den Freundeskreisen für Suchtkrankenhilfe Landesverband Schleswig-Holstein e. V. gezogenen Lastschriften einzulösen.

**Hinweis:** Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

<b>Vorname + Nachname / Kontoinhaber</b>		
<b>Straße und Hausnummer</b>	<b>PLZ</b>	<b>Wohnort</b>
IBAN: DE _____		
BIC: _____		
<b>Ort , Datum</b>	<b>Unterschrift/Unterschriften des/der Kontoinhaber/s</b>	

Nord-Ostsee Sparkasse  
IBAN: DE16 2175 0000 0000 0751 08  
BIC: NOLADE21NOS