



## SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die Pflegegewerkschaft BochumerBund, Mitgliedsbeiträge von meinem Konto mittels Lastschrift ab Monat \_\_\_\_\_ / Jahr \_\_\_\_\_ einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die eingezogenen Lastschriften der Pflegegewerkschaft BochumerBund einzulösen.

Zutreffendes bitte ankreuzen:

- |   |   |  |  |
|---|---|--|--|
| Berufstätige  | <input type="checkbox"/> 12,50 € /Monat | <input type="checkbox"/> 37,50 €/Quartal | <input type="checkbox"/> 150,00 €/Jahr |
| Mindestbeitrag für Auszubildende,<br>Studierende, ALG-Empfänger | <input type="checkbox"/> 4,00 € /Monat  | <input type="checkbox"/> 12,00 €/Quartal | <input type="checkbox"/> 48,00 €/Jahr  |
| Fördermitglieder (ab Mindestbeitrag)                            | <input type="checkbox"/> ____ € /Monat  | <input type="checkbox"/> ____ €/Quartal  | <input type="checkbox"/> ____ €/Jahr   |

---

Vorname und Name (Kontoinhaber\*in)

---

PLZ und Ort

Straße Hausnummer

---

Kreditinstitut

---

IBAN

BIC

Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen.

Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Bitte senden Sie uns das ausgefüllte SEPA-Lastschriftmandat an unsere Anschrift oder als Scan an [Info@Bochumerbund.de](mailto:Info@Bochumerbund.de).

---

Datum, Unterschrift