

# Antrag auf Mitgliedschaft beim Caritasverein Rötz e.V.



Caritasverein Rötz e.V.

Pfarrer-Schreiner-Straße 6, 92444 Rötz  
Tel.: 09976 / 2296  
Fax: 09976 / 200770  
info@caritas-roetz.de

Name:	Geburtsdatum:
Vorname:	Telefon:
Straße, Hs.Nr.:	Mobil:
PLZ, Ort:	E-Mail:

Ich stelle hiermit Antrag auf Mitgliedschaft beim Caritasverein Rötz e. V. und erkenne die Vereinssatzung in der jeweiligen, von der Mitgliederversammlung beschlossenen Fassung an.

Der aktuell satzungsgemäß gültige Beitrag von 20,00 Euro  
– für Ehepaare 25 € - wird jährlich am 1. März per  
Lastschrift eingezogen.



Sollte eine Pflegebedürftigkeit eintreten, werden Mitglieder  
bevorzugt.

---

Ort/Datum

---

Unterschrift

---

#### SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige hiermit den Caritasverband für den Landkreis Rötz e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Caritasverband für den Landkreis Cham e. V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: 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.

Kontoinhaber

Name der Bank/Kreditinstitut

IBAN

BIC

Änderungen der Bankverbindung bitte mitteilen.

Die Daten werden zu Vereinszwecken auf elektronischen Datenträgern während der Mitgliedschaft gespeichert.



---

Ort / Datum

---

Unterschrift