



**Der Kinderschutzbund**  
Ortsverband Rheine



**Deutscher Kinderschutzbund e.V.**  
**Ortsverband Rheine**  
**Kinderschutz-Zentrum**  
**An der Stadtmauer 9 / Thiemauer 45**  
**48431 Rheine**

## **Antrag auf Mitgliedschaft:**

ab Monat \_\_\_\_\_

im Deutschen Kinderschutzbund e. V. Ortsverband Rheine

---

Name, Vorname

Geburtsdatum

---

PLZ, Wohnort, Straße

Telefon

Ich zahle einen Jahresbeitrag in Höhe von: \_\_\_\_\_  
(Mindestbeitrag: 25,00 Euro/Jahr)

Rheine, \_\_\_\_\_  
(Unterschrift)

## Sepa-Lastschriftmandat

Name des Zahlungsempfängers: Deutscher Kinderschutzbund e.V. Ortsverband Rheine

Anschrift des Empfängers: An der Stadtmauer 9, 48431 Rheine

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE 87ZZZ00000457407

Mandatsreferenz:

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger auf mein Konto gezogene 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.

Zahlungsart:  Wiederkehrende Zahlung

Einmalige Zahlung

Name des Zahlungspflichtigen:

Anschrift des Zahlungspflichtigen:

IBAN: .

BIC: .

Ort, Datum

Unterschrift des Zahlungspflichtigen