

Seit über 125 Jahre

## Diakonieverein Nürnberg - St. Peter e.V.

Hallerhüttenstr. 14  
90461 Nürnberg  
Tel.: 0911 / 46 61 06  
Fax: 0911 / 46 61 02  
diakpeter.hm@arcor.de  
[www.diakonieverein-stpeter.de](http://www.diakonieverein-stpeter.de)

**Werden Sie doch Mitglied und helfen uns damit Gutes zu tun!**

**Unser Verein mit seinen vielfältigen Angeboten kann nur bestehen, wenn auch Sie uns als förderndes Mitglied unterstützen.**

**Bitte benutzen Sie für Ihren Beitritt diesen Vordruck!**

**Unsere Dienste:**  
Häusliche Kranken-  
und Altenpflege  
Hauswirtschaftliche Dienste  
Kindergärten / Kinderhort /  
Krippen  
Stiftung St. Peter /  
Betreutes Wohnen

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geb. Tag \_\_\_\_\_

Beruf (freiwillige Angabe) \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_ Konfession \_\_\_\_\_

Strasse mit Hausnummer \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Hiermit erkläre ich meine Mitgliedschaft im **Diakonieverein St. Peter e.V.** ab \_\_\_\_\_

Die von ihm getragenen diakonischen Aufgaben (Diakoniestation, Kindertagesstätten, Betreutes Wohnen) möchte ich mit einem Mitgliedsbeitrag von \_\_\_\_\_ Euro (z.Zt. mindestens **30,00 Euro**) jährlich fördern. **Der Beitrag, sowie Spende sind steuerlich absetzbar!**

Der Betrag wird von mir:

**bar einbezahlt**  / **per Dauerauftrag überwiesen**  / **oder soll per Lastschrift abgebucht werden**  **Einzugsermächtigung siehe Rückseite (zutreffendes bitte ankreuzen)**

Nürnberg, den \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

**Wir belohnen Ihre Entscheidung mit einem  
10,00 Euro Warengutschein entweder**

von der

oder

oder



Hotel Gaststätte Petzengarten  
Wilhelm-Spaeth-Straße 49  
90461 Nürnberg

## **Ermächtigung zum Einzug von Forderungen mittels Lastschrift**

Hiermit ermächtige ich/wir

**Name, Vorname:**.....

**Straße:**.....

**PLZ, Ort:**.....

**den Diakonieverein - Nürnberg St. Peter e.V., Hallerhüttenstraße 14, 90461 Nürnberg,  
die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen wegen:**

- Mitgliedsbeitrag Diakonieverein - Nürnberg St. Peter e.V.**
- einmalige Spende in Höhe von: \_\_\_\_\_ Euro**
- jährliche Spende in Höhe von: \_\_\_\_\_ Euro**
- Sonstiges: \_\_\_\_\_**

bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres folgenden Kontos durch Lastschrift einzuziehen.

**IBAN:**.....

**BIC:**.....

**Kontoführendes Kreditinstitut:**.....

wenn mein/unsere Konto die erforderliche Deckung nicht ausweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung, **die dadurch entstehenden Kosten gehen zu Ihren Lasten.**

Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

Änderungen vorstehender Bankverbindung werden rechtzeitig bekannt gegeben.

Die Ermächtigung kann von mir/uns jederzeit widerrufen werden.

**Ort, Datum:**..... **Unterschrift:**.....