

Aufnahmeantrag



Ich beantrage die Aufnahme in den

FÖRDERKREIS „Hilfe für krebskranke Kinder“ e.V. Aachen

als ordentliches Mitglied

(Ordentliches Mitglied können nur natürliche Personen sein. Der Jahresbeitrag beträgt verpflichtend 10,- €. Höhere Beiträge sind selbstverständlich jederzeit willkommen. Familienmitglieder sind beitragsfrei. Nur ordentliche Mitglieder sind in der Mitgliederversammlung stimmberechtigt.)

als förderndes Mitglied

(Förderndes Mitglied können sowohl natürliche Personen als auch juristische Personen sein, die bereit sind, die Ziele des FÖRDERKREISES durch finanzielle Zuwendung zu unterstützen. Der jährliche Beitrag kann beliebig hoch sein, liegt jedoch ebenfalls bei mindestens 10,- €. Fördernde Mitglieder können an der Mitgliederversammlung teilnehmen, sind allerdings nicht wahlberechtigt.)

Name: _____ Vorname: _____

geb.: _____ in: _____

Beruf: _____ Telefon: _____

Straße: _____ PLZ, Ort: _____

E-Mail: _____

Mit den Zielen des Vereins erkläre ich mich ausdrücklich einverstanden. Die Satzung habe ich zur Kenntnis genommen.

Außer mir erklären noch folgende Familienmitglieder ihren Beitritt zum Förderkreis:

Name: _____ Vorname: _____

geb.: _____ Anschrift: _____

Name: _____ Vorname: _____

geb.: _____ Anschrift: _____

Gemäß dem beiliegenden SEPA-Lastschriftmandat ermächtige(n) ich/wir Sie widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden jährlichen Beitragszahlungen in Höhe von _____ € zu Lasten meines/unseres Kontos mittels Lastschrift einzuziehen.

Wir weisen gemäß § 33 Bundesdatenschutzgesetz darauf hin, dass zum Zweck der Mitgliederverwaltung und -betreuung obige Daten in automatisierten Dateien gespeichert, verarbeitet und genutzt werden. Mit Unterzeichnung dieses Antrages willigen Sie in die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung Ihrer personenbezogenen Daten durch den Verein zur Mitgliederverwaltung im Wege der elektronischen Datenverarbeitung ein. Ohne dieses Einverständnis kann dem Aufnahmeantrag nicht stattgegeben werden kann.

Ort, Datum _____
(Unterschrift)

Bitte vergessen Sie nicht, das SEPA-Lastschriftmandat auf der zweiten Seite auszufüllen und zu unterschreiben. Vielen Dank.

SEPA-Lastschriftmandat SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

Förderkreis "Hilfe für krebskranke Kinder" e.V. Aachen

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address**Straße und Hausnummer / Street name and number:**

Kullenhofwinkel 26

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

52074 Aachen

Land / Country:

Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor Identifier:

DE23ZZZ00000360007

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger Förderkreis "Hilfe für krebskranke Kinder" e.V. Aachen, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger Förderkreis "Hilfe für krebskranke Kinder" e.V. Aachen auf mein / unser Konto 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 / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor Förderkreis "Hilfe für krebskranke Kinder" e.V. Aachen to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor Förderkreis "Hilfe für krebskranke Kinder" e.V. Aachen.

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

Zahlungsart / Type of payment: Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment Einmalige Zahlung / One-off payment**Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name:****Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor address***

* Angabe freigestellt / Optional information

Straße und Hausnummer / Street name and number:**Postleitzahl und Ort / Postal code and city:****Land / Country:****IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 34 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 34 characters):****BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):**

Hinweis: Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn der Zahlungsdienstleister des Zahlungspflichtigen in einem EU-/ EWR-Mitgliedsstaat ansässig ist.

Note: The BIC is optional when Debtor Bank is located in a EEA SEPA country.

Ort / Location:**Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):****Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor:**