"Flüchtlingshilfe Blieskastel e.V." Schlossbergstraße 47 66440 Blieskastel

Mitgliedsantrag

Ja, ich / unsere Organisation möchte Mitglied im Verein "Flüchtlingshilfe Blieskastel" werden.

 Firma /	Organisation / Verein			
Name Straße / Hausnummer			Vorname	
			PLZ/Ort	
Telefon			Fax	
Mobil			E-Mail	
Bitte z	cutreffendes ankreuzen:			
	 Ich / Wir möchte(n) Mitglied werden und zahle(n) einen jährlichen Mitgliedsbeitrag in Höhe von 12,-€. Der Mitgliedsbeitrag wird jährlich im Voraus von meinem Konto (bitte SEPA-Lastschriftmandat ausfüllen) abgebucht. Bei unterjährigem Eintritt wird der komplette Jahresbeitrag berechnet. Bei Austritt erfolgt keine anteilige Rückzahlung des Jahresbeitrages. Ich bin Flüchtling und möchte Mitglied werden. Ich beziehe Leistungen nach dem AsylbLG / SGB. Solange ich diese Leistungen beziehe, bin ich 			
	vom Mitgliedsbeitrag	befreit. D	Das Ende des Leistungsbezuges	/ Änderungen werde ich melden.
	mo		larüber hinaus unterstützen mit n Spende Spende	einer
	in Höhe von €	:		
	einer / unserer Untersch kenne(n) die Ziele und			chaft im Verein "Flüchtlingshilfe Blieskastel"
 Ort, Dat	tum			
Unterscl	hrift des Antragstellers			

und eines SEPA-Lastschriftmandats					
Name und Anschrift des Zahlungsempfängers:					
Flüchtlingshilfe Blieskastel Schlossbergstr. 47					
66440 Blieskastel					
Gläubiger-Identifikationsnummer:					
DE2200100001754303					
Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):					
Einzugsermächtigung:					
Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben) widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem / unserem Konto einzuziehen.					
SEPA-Lastschriftmandat: Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / unser Kreditinstitut an, vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein / unser Konto gezogene Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann / Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die					
Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.					
Zahlungsart: (Bitte zutreffendes ankreuzen)					
☐ Wiederkehrende Zahlung ☐ Einmalige Zahlung					
Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)					
Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)					
Straße und Hausnummer					
PLZ und Ort IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen):					
DE					
Ort Datum (TT/MM/JJJJ)					
Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)					

Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Lastschrift wird mich / uns der Zahlungsempfänger (Name siehe oben) über den Einzug in dieser Verfahrensart informieren.

Antrag bitte ausgefüllt und unterschrieben an folgende Adresse schicken: Flüchtlingshilfe Blieskastel, Schlossbergstr. 47, 66440 Blieskastel

Erteilung einer Einzugsermächtigung