KARIBUNI e.V.

ANTRAG AUF MITGLIEDSCHAFT

Name _____ Vorname _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ Ort _____

Telefon _____

E-Mail _____

Geburtsdatum _____ Eintrittsdatum _____

Mitgliedsbeitrag: EURO _____ /Jahr (mind. EURO 12,00/Jahr)

Förderbeitrag (optional) EURO _____ pro ☐ Monat ☐ Quartal ☐ Jahr

Zahlungsart: ☐ Lastschrift (jährlich) ☐ eigener Dauerauftrag

IBAN: DE58 2219 1405 0000 4712 00 BIC: GENODEF1PIN

- -

Datum, Unterschrift

SEPA-Lastschriftmandat
Ich ermächtige den Karibuni Verein den Monatsbeitrag mittels Lastschrift von meinem unten genannten Konto einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem Karibuni Verein 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 dem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen

Vorname und Name Kontoinhaber _____

Bank/Kreditinstitut _____

_____ _____

BIC Konto-Nr. (IBAN)

- -

Datum, Unterschrift