

Flüchtlingshilfe Sehnde e.V.

Hauptstr. 1

31319 Sehnde



Mitgliedsantrag

Ja, ich/wir möchten Mitglied im Verein „Flüchtlingshilfe Sehnde e.V.“ werden.

Vorname	Nachname/Firma
Straße/Hausnummer	Ortsteil
Postleitzahl	Ort
Land	Tel./Mobil/Fax
E-Mail	Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)

Bitte Zutreffendes ankreuzen:

Ich/wir zahle/zahlen einen jährlichen Mitgliedsbeitrag in Höhe von 24,-€,

Ich zahle den ermäßigten Mitgliedsbeitrag in Höhe von 12€ jährlich (Schüler, Studenten, Bedürftige).

Ich/wir möchte/möchten den Verein darüber hinaus mit einer monatlichen / jährlichen Spende von ____ Euro unterstützen (Zutreffendes bitte unterstreichen).

Mit meiner Unterschrift beantrage ich die Mitgliedschaft im Verein „Flüchtlingshilfe Sehnde e.V.“ und erkenne die Ziele und die Satzung des Vereins an.

Ort, Datum

Unterschrift

SEPA-Lastschriftmandat

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers:

Flüchtlingshilfe Sehnde e.V.

Hauptstr. 1

31319 Sehnde

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE65ZZZ00001897186

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen): wird separat mitgeteilt

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben) von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich 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: Wiederkehrende Zahlungen

Vorname	Nachname/Firma
Straße/Hausnummer	Ortsteil
Postleitzahl	Ort
Land	IBAN
Kreditinstitut	

Ort, Datum

Unterschrift