

Mitgliedsantrag Assiston e.V.

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

Name

Vorname

Straße

PLZ **Stadt**

Telefon **Mobil**

E-Mail

- Ich zahle den Mindest-Mitgliedbeitrag in Höhe von 30,00€ jährlich
- Ich zahle einen freiwilligen jährlichen Beitrag in Höhe von Euro

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift

.....

(bei Minderjährigen Unterschrift eines gesetzlichen Vertreters)

Ich bitte, den Jahresbetrag in Höhe von Euro von meinem Konto abzubuchen,

Name der Bank

IBAN

Kontoinhaber (wenn anderer Name)

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift

.....

(bei Minderjährigen Unterschrift eines gesetzlichen Vertreters)

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Name des Zahlungsempfängers

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl und Ort:

Gläubiger-Identifikationsnummer:

Einzugsermächtigung und SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger Assiston e.V. widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem Konto einzuziehen.
Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger 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 meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungsart:

- Wiederkehrende Zahlung Einmalige Zahlung

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber).....

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl und Ort:

IBAN des Zahlungspflichtigen:

Ort, Datum:

Unterschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):