

## 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):