

MITGLIEDSANTRAG

Hiermit erkläre ich meinen/erklären wir unseren Beitritt zur Wildtierpflegestation Koblenz e. V.

ab dem _____

Name, Vorname/ Familie/ Firma/ Verein

Straße, Hausnummer

PLZ

Wohnort

Telefon/ Mobil

Geburtsdatum

E-Mail

Die Beiträge staffeln sich folgendermaßen:

- Schüler/ Studenten/ Azubis/ Rentner/ Geringverdiener/ Kinder u. Jugendliche bis 18 Jahren:
mind. 18 € im Jahr / 1,50 € pro Monat
- Einzelpersonen: mind. 36 € im Jahr / 3 € pro Monat
- Paare/ Familien: mind. 54 € im Jahr / 4,50 € pro Monat
- Firmen/ Vereine: mind. 60 € im Jahr / 5 € pro Monat

Ich bin / Wir sind bereit, einen Jahresbeitrag in Form einer Spende in Höhe von: _____ € jährlich zu zahlen.

Die Mitgliedschaft wird zunächst für ein Kalenderjahr begründet und verlängert sich um jeweils ein weiteres Kalenderjahr, wenn nicht drei Monate vor Ablauf des Kalenderjahres eine Kündigung erfolgt. Bei Eintritt in der 1. Jahreshälfte, also bis zum 30.06. wird der volle Mitgliedsbeitrag, bei Eintritt in der 2. Jahreshälfte, also ab 01.07. wird anteilig die Hälfte des Mitgliedsbeitrages erhoben.

Mit einer Verarbeitung meiner persönlichen Daten gem. Bundesdatenschutzgesetz bin ich einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift(en)

Den Mitgliedsbeitrag zahle(n) ich/wir per:

Für neue Mitglieder: Im Beitrittsmonat erfolgt die Zahlung am 1. Werktag des Folgemonats.

Ab dem darauffolgenden Jahr erfolgt die Zahlung des Beitrages am 01.04. oder dem nächstfolgenden Werktag.

SEPA-Lastschriftmandat

*****Bitte nutzen Sie hierfür, dass dafür vorgesehene SEPA-Lastschrift Formular*****

Überweisung / Dauerauftrag

Kreissparkasse Mayen
BIC: MALADE51MYN - IBAN: DE57 5765 0010 0098 0628 39

Ort, Datum

Unterschrift(en)

SEPA-Lastschriftmandat

SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

Wildtierpflegestation Koblenz e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address**Straße und Hausnummer / Street name and number:**

Am Schützenplatz 16

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

56637 Plaidt

Land / Country:

Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

DE07ZZZ00002191655

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann / Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor (name see above) to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor (name see above).

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

Zahlungsart / Type of payment: Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment Einmalige Zahlung / One-off payment**Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name:****Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor address***

* Angabe freigestellt / Optional information

Straße und Hausnummer / Street name and number:**Postleitzahl und Ort / Postal code and city:****Land / Country:****IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 34 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 34 characters):****BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):**

Hinweis: Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn der Zahlungsdienstleister des Zahlungspflichtigen in einem EU-/ EWR-Mitgliedsstaat ansässig ist.

Note: The BIC is optional when Debtor Bank is located in a EEA SEPA country.

Ort / Location:**Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):****Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor:**