

“Flüchtlingshilfe Blieskastel e.V.“

**Klosterweg 6
66440 Blieskastel**

Mitgliedsantrag

Ja, ich / unsere Organisation möchte Mitglied im Verein „Flüchtlingshilfe Blieskastel“ werden.

Firma / Organisation / Verein

Name

Vorname

Straße / Hausnummer

PLZ/Ort

Telefon

Fax

Mobil

E-Mail

Bitte zutreffendes ankreuzen:

Ich / Wir möchte(n) Mitglied werden und zahle(n) einen jährlichen Mitgliedsbeitrag in Höhe von 12,-€. Der Mitgliedsbeitrag wird jährlich im Voraus von meinem Konto (bitte SEPA-Lastschriftmandat ausfüllen) abgebucht. Bei unterjährigem Eintritt wird der komplette Jahresbeitrag berechnet. Bei Austritt erfolgt keine anteilige Rückzahlung des Jahresbeitrages.

Ich bin Flüchtling und möchte Mitglied werden.
Ich beziehe Leistungen nach dem AsylbLG / SGB. Solange ich diese Leistungen beziehe, bin ich vom Mitgliedsbeitrag befreit. Das Ende des Leistungsbezuges / Änderungen werde ich melden.

Ich / Wir möchten den Verein darüber hinaus unterstützen mit einer

- monatlichen Spende
 jährlichen Spende

in Höhe von €:

Mit meiner / unserer Unterschrift beantrage(n) ich / wir die Mitgliedschaft im Verein „Flüchtlingshilfe Blieskastel“ und erkenne(n) die Ziele und die Satzung des Vereins an.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers:

Flüchtlingshilfe Blieskastel
Klosterweg 6

66440 Blieskastel

Gläubiger-Identifikationsnummer:

DE2200100001754303

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):

Einzugsermächtigung:

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben) widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem / unserem Konto einzuziehen.

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) 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: (Bitte zutreffendes ankreuzen)

Wiederkehrende Zahlung Einmalige Zahlung

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen):

Ort

Datum (TT/MM/JJJJ)

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Lastschrift wird mich / uns der Zahlungsempfänger (Name siehe oben) über den Einzug in dieser Verfahrensart informieren.

Antrag bitte ausgefüllt und unterschrieben an folgende Adresse schicken:
Flüchtlingshilfe Blieskastel, Klosterweg 6, 66440 Blieskastel

Mitgliedsantrag_FHB_Jan2018.doc