

# Eintrittserklärung



Einzelmitgliedschaft 30€      Familienmitgliedschaft 50€

Eintrittsdatum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
Plz, Wohnort

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum      \_\_\_\_\_  
Telefon      \_\_\_\_\_  
E- Mail

Weitere Familienmitglieder

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname, Geburtsdatum      \_\_\_\_\_  
Aktives Mitglied

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname, Geburtsdatum      \_\_\_\_\_  
Passives Mitglied

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname, Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Datum      \_\_\_\_\_  
Unterschrift

SEPA – Lastschriftmandat - ( Wiederkehrende Zahlung )  
Gläubiger – Identifikationsnummer: DE96ZZZ00001926407 – Mandatsreferenz = Mitgliedsnummer

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger Alfelder Tschernobyl Hilfe e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger Alfelder Tschernobyl Hilfe e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzuziehen.  
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.

\_\_\_\_\_  
Kontoinhaber ( falls abweichend vom Mitglied )      \_\_\_\_\_  
Kreditinstitut

DE  
\_\_\_\_\_  
IBAN des Zahlungspflichtigen      \_\_\_\_\_  
BIC

\_\_\_\_\_  
Datum      \_\_\_\_\_  
Unterschrift Kontoinhaber