

Wenn Sie Mitglied werden möchten: Einfach ausdrucken, ausfüllen und senden an:



Aktion Kleiner Prinz
– Internationale Hilfe für Kinder in Not e.V.-
Am Hartsteinwerk 5
48231 Warendorf

Gläubiger-Identifikationsnr.:
DE93AKP00000262135
Mandatsreferenz: AKP _____
(wird vom Zahlungsempfänger ausgefüllt)

Beitrittserklärung:

Vorname: _____ Name: _____

Geb. Datum:* _____ Beruf:* _____

Straße, Hausnr.: _____

PLZ: _____ Ort: _____

(Zahlungspflichtiger)

Tel.: privat:* _____ dienstlich:* _____ Handy:* _____

E-Mail-Adresse: * _____

* kein Pflichtfeld, Angabe ist freiwillig und nur für Vereinszwecke bestimmt

Ich erkläre meinen Beitritt als Mitglied in den Verein Aktion Kleiner Prinz - Internationale Hilfe für Kinder in Not e.V. Die Satzung erkenne ich an. Mir ist bekannt, dass der Mindestbeitrag pro Jahr € 20,00 beträgt und steuerlich wie eine Spende abgesetzt werden kann.

Mein persönlicher Jahresbeitrag soll jedoch _____ Euro betragen und in gleichen Teilbeträgen (bitte ankreuzen) monatlich vierteljährlich halbjährlich jährlich von meinem Konto abgebucht werden.

Die Datenschutzinformationen der Aktion Kleiner Prinz habe ich zur Kenntnis genommen.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine E-Mail-Adresse für Informationen und Einladungen verwendet werden: ja nein

Widerrufshinweis: Mir ist bekannt, dass ich diese Beitrittserklärung innerhalb von 14 Werktagen schriftlich oder per **E-Mail** (buero@aktion-kleiner-prinz.de) widerrufen kann.

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandates

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 / 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.

Zahlungsart: wiederkehrende Zahlung

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen):

BIC (8 oder 11 Stellen): _____ ggf. abweichender Kontoinhaber:

_____, den _____

Ort

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen und Kontoinhabers