



## MITGLIEDSANTRAG

- förderndes Mitglied       aktives Mitglied

Name\*

Vorname\*

Straße/Hausnr.\*

PLZ Ort\*

Geburtsdatum\*

E-Mail

Handy

Telefon

mit \* markierte Felder sind Pflichtfelder

- Nein, ich möchte nicht über Neuigkeiten aus dem Verein per E-Mail informiert werden.

### Mitgliedsbeitrag

Der reguläre Mitgliedsbeitrag beträgt 30 € pro Jahr,  
der ermäßigte Mitgliedsbeitrag für Schüler/innen, Auszubildende und Studierende beträgt 20 € pro Jahr.

Ich möchte jährlich  € zahlen.

### Gewünschte Zahlungsweise

- SEPA-Lastschrift**
- Der Mitgliedsbeitrag wird vom Konto des/der Antragsteller/in abgebucht. Bitte füllen Sie hierzu das Formular „SEPA-Basislastschriftmandat“ aus. Eine Zahlung über Lastschrift bedeutet für uns weniger Aufwand.
- Überweisung**
- der obengenannte Betrag wird von dem/der Antragsteller/in auf folgendes Konto überwiesen:

**Welwitschia – Bildungsinitiative für Namibia e.V.**  
**IBAN**                    **DE04 8309 4495 0003 1956 94**  
**BIC**                      **GENODEF1ETK**  
**Kreditinstitut**   **EthikBank**

- PayPal**
- Der Mitgliedsbeitrag wird via PayPal überwiesen (siehe dazu das Infoblatt). Empfänger: info@welwitschia.org

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich mit der Satzung des Vereins „Welwitschia — Bildungsinitiative für Namibia e.V.“ einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift

**SEPA-Lastschriftmandat** (SEPA Direct Debit Mandate)  
für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/SEPA Core Direct Debit Scheme

**Wiederkehrende Zahlungen/Recurrent Payments**

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

|  |
|--|
|  |
|--|

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)

Mandatsreferenz

**SEPA-Lastschriftmandat**

Ich/Wir ermächtige(n)

[Name des Zahlungsempfängers]

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

[Name des Zahlungsempfängers]

auf mein/unser Konto gezogenen 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 mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

Kreditinstitut

BIC

IBAN  
DE

Ort, Datum

Unterschrift

1 Hinweis: Ab 01.02.2014 kann die Angabe des BIC entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt.



**SEPA-Lastschriftmandat** (SEPA Direct Debit Mandate)  
für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/SEPA Core Direct Debit Scheme

**Wiederkehrende Zahlungen/Recurrent Payments**

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

|  |
|--|
|  |
|--|

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)

Mandatsreferenz

**SEPA-Lastschriftmandat**

Ich/Wir ermächtige(n)

[Name des Zahlungsempfängers]

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

[Name des Zahlungsempfängers]

auf mein/unser Konto gezogenen 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 mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

Kreditinstitut

BIC

IBAN  
DE

Ort, Datum

Unterschrift

<sup>1</sup> Hinweis: Ab 01.02.2014 kann die Angabe des BIC entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt.