



KAWAIDA

Sozialer Dienst in Afrika e.V.

Mitgliedsantrag

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft bei dem Verein Kawaida – Sozialer Dienst in Afrika e.V.

Persönliche Daten:

Name _____ Land _____
Straße _____ Tel. _____
PLZ _____ E-Mail _____
Stadt _____ Geburtstag _____

Mitgliedsbeitrag:

Standard/StudentIn 12 €/Jahr weitere Unterstützung: _____
 Förderer 20 €/Jahr _____
 MäzenIn (freie Summe) ____ €/Jahr

Zahlung:

Der Mitgliedsbeitrag wird jährlich durch Kawaida – Sozialer Dienst in Afrika e.V. eingezogen. Hierfür füllen Sie bitte das anliegende SEPA-Mandat aus und senden es zusammen mit diesem Mitgliedsantrag an die untenstehende Adresse.

Mit dem ausgefüllten SEPA-Mandat und diesem Mitgliedsantrag ermächtige ich Kawaida – Sozialer Dienst in Afrika e.V. widerruflich, meinen Mitgliedsbeitrag einmal jährlich von dem angegebenen Konto einzuziehen.

Ich erkläre mich bereit, den Verein Kawaida – Sozialer Dienst in Afrika e.V. eigenständig zu informieren, sobald sich meine persönlichen Daten, insbesondere E-Mail Adresse und Anschrift geändert haben.

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

SEPA-Lastschriftmandat / SEPA Direct Debit Mandate

Kawaida - Sozialer Dienst in Afrika e.V.

Boberger Furt 22 | 21033 Hamburg | Deutschland

D E 4 9 Z Z Z 0 0 0 0 1 3 6 6 6 9 0

Gläubiger-Identifikationsnummer / creditor identifier

X

Zahlungsart:

Wiederkehrende Zahlung

type of payment:

recurrent payment

Zahlungsart:

Einmalige Zahlung

type of payment:

one-off payment

**Kawaida - Sozialer Dienst in Afrika e.V.
Boberger Furt 22
21033 Hamburg
Deutschland**

M i t g l i e d s b e i t r a g

Eindeutige Mandatsreferenz - Wird vom Zahlungsempfänger ausgefüllt / unique mandate reference - to be completed by the creditor

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / debtor name

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber): Straße und Hausnummer / debtor street and number

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber): PLZ und Ort / debtor postal code and city

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber): Land / debtor country

IBAN des Zahlungspflichtigen / debtor IBAN

BIC des Zahlungspflichtigen / debtor SWIFT BIC

Ich ermächtige (Wir ermächtigen) den Zahlungsempfänger Kawaida - Sozialer Dienst in Afrika e.V., Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von Kawaida - Sozialer Dienst in Afrika e.V. auf mein (unsere) Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

By signing this mandate form, I (we) authorise the creditor Kawaida - Sozialer Dienst in Afrika e.V. to send instructions to my (our) bank to debit my (our) account and my (our) bank to debit my (our) account in accordance with the instructions from the creditor Kawaida - Sozialer Dienst in Afrika e.V..

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.

Note: I can (we can), within eight weeks, starting with the date of the debit request, demand a refund of the amount charged. The terms and conditions agreed upon with my (our) financial institution apply.

Der Mitgliedsbeitrag wird jährlich eingezogen. Der Entzug der Einzugsermächtigung beendet die Mitgliedschaft.

Ort / location

Datum / date

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / signature(s) of the debtor

Informationen zu SEPA-Mandaten: www.sepa-mandat.de / informations about sepa-mandate: www.sepa-mandate.de

Verantwortlich für die Verwendung dieses Formulars ist ausschließlich der Zahlungsempfänger Kawaida - Sozialer Dienst in Afrika e.V., 21033 Hamburg