

Bitte zurücksenden an:

Förderverein Katharina Kasper ViaNobis e.V.
Katharina-Kasper-Straße 6
52538 Gangelt

JA, ich beantrage hiermit die Mitgliedschaft im
Förderverein Katharina Kasper ViaNobis e.V.:

Name: _____

Anschrift: _____

PLZ/Ort: _____

Den Mitgliedsbeitrag von z. Zt. jährlich 12,-- € werde ich überweisen auf das Konto des Fördervereins **IBAN: DE 63 3125 1220 0003 0031 42**, BIC: WELADED1ERK

Für den Mitgliedsbeitrag von z. Zt. 12,-- € - zuzüglich einer jährlichen Spende von _____ € - habe ich das SEPA-Lastschriftmandat auf der Rückseite ausgefüllt.

Ich bin damit einverstanden, die für mich als Vereinsmitglied bestimmte Post per E-Mail zu erhalten. Meine derzeit gültige E-Mail-Adresse ist:

_____ @ _____

Wenn sich diese Adresse ändert, werde ich dies dem Verein mitteilen.

DATUM:

UNTERSCHRIFT:

**H I N W E I S ZUR DATENSPEICHERUNG, DATENNUTZUNG UND
DATENVERARBEITUNG:**

Der Verein weist nach Maßgabe der gesetzlichen Datenschutzbestimmungen hiermit ausdrücklich darauf hin, dass zum Zweck der Mitgliederverwaltung und -betreuung folgende Daten der Mitglieder in automatisierten Dateien gespeichert, verarbeitet und genutzt werden: **Name, Adresse, E-Mail-Adresse und außerdem – soweit ein SEPA-Lastschriftmandat erteilt wird – die Bankverbindung.**

Mit meiner zweiten Unterschrift bestätige ich, dass ich den Hinweis zur Datenspeicherung, Datennutzung und Datenverarbeitung zur Kenntnis genommen habe und mit der Erhebung, Speicherung, Nutzung und Verarbeitung dieser vorgenannten Daten einverstanden bin.

DATUM:

UNTERSCHRIFT:

SEPA-Lastschriftmandat

SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

Förderverein Katharina Kasper ViaNobis e.V.,

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address**Straße und Hausnummer / Street name and number:**

Katharina-Kasper-Str. 6

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

52538 Gangelt

Land / Country:

Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

D E 3 8 Z Z Z 0 0 0 0 1 2 1 5 8 5 9

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):

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.

By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor (name see above) to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor (name see above).

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

Zahlungsart / Type of payment: Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment Einmalige Zahlung / One-off payment**Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name:****Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor address***

* Angabe freigestellt / Optional information

Straße und Hausnummer / Street name and number:**Postleitzahl und Ort / Postal code and city:****Land / Country:****IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 34 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 34 characters):****BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):**

Hinweis: Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn der Zahlungsdienstleister des Zahlungspflichtigen in einem EU-/ EWR-Mitgliedsstaat ansässig ist.

Note: The BIC is optional when Debtor Bank is located in a EEA SEPA country.

Ort/Location:**Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):****Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor:**