

MITGLIEDSANTRAG

Hiermit stelle ich den Antrag zur Aufnahme in den Außerklinische Ethikberatung Karlsruhe e.V. mit Sitz in Karlsruhe, als:

Ordentliches Mitglied:

- Reguläre Mitgliedschaft (Jahresbeitrag: 60,- €)
- Familienmitgliedschaft (Jahresbeitrag: 100,- €)
- Ermäßigter Beitrag (Studierende, Auszubildende, Erwerbslose, Ruheständler)
(Jahresbeitrag: 30,- €)

Hinweis: Für Mitglieder, die nicht am Bankeinzugsverfahren teilnehmen, erhöht sich der Mitgliedsbeitrag um eine Verwaltungsgebühr in Höhe von 10,- €.

Fördermitglied:

- Privatperson mit einem Jahresbeitrag in Höhe von:¹⁾ _____ €
- Juristische Person mit einem Jahresbeitrag in Höhe von:²⁾ _____ €

¹⁾ mindestens 20,- €

²⁾ mindestens 200,- € bzw. 100,- € für gemeinnützige Gesellschaften, Verbände und Vereine

Nachname: _____

Vorname: _____

Institution:³⁾ _____

Straße und Hausnummer: _____

Postleitzahl, Ort: _____

E-Mail: _____

Telefon: _____

Geburtsdatum (optional): _____

³⁾ nur bei juristischen Personen

Grundlage der Mitgliedschaft ist die Vereinssatzung, die ich hiermit anerkenne.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten vom Verein zum Zwecke der Mitgliederverwaltung verarbeitet werden. Die Informationen zum Datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum

Unterschrift

ERTEILUNG EINES SEPA-LASTSCHRIFTMANDATS

Die Entrichtung des Mitgliedsbeitrages erfolgt erstmals direkt nach dem Vereinseintritt und ab dem Folgejahr wiederkehrend zum Ende des ersten Quartals eines Kalenderjahres. Die Beitragshöhe ist im Mitgliedsantrag bzw. der Beitragsordnung festgelegt.

Zahlungsempfänger:

Außerklinische Ethikberatung Karlsruhe e.V.
Wendelinusstraße 7
76698 Ubstadt-Weiher

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE62ZZZ00002674307

Mandatsreferenz: [Mitgliedsnummer des Vereinsmitglieds]

Ich ermächtige (Wir ermächtigen) den Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger auf mein (unser) Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis:

Dieses Lastschriftmandat dient nur dem Einzug von Lastschriften, die auf Konten von Unternehmen gezogen sind. Ich bin (Wir sind) nicht berechtigt, nach der erfolgten Einlösung eine Erstattung des belasteten Betrages zu verlangen. Ich bin (Wir sind) berechtigt, mein (unser) Kreditinstitut bis zum Fälligkeitstag anzuweisen, Lastschriften nicht einzulösen.

Zahlungspflichtiger (Kontoinhaber):

Nachname:

Vorname:

Institution:¹⁾

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl, Ort:

IBAN:

BIC:

Kreditinstitut:

¹⁾ nur bei juristischen Personen

Ort, Datum

Unterschrift