



Antrag auf Fördermitgliedschaft

Mit dem Ziel, die individuelle Begleitung und Unterstützung von Kindern und deren Familien bei Verlust einer Bezugsperson zu geben/ zu gewährleisten

Beantrage ich hiermit die Fördermitgliedschaft im Verein *Kapalua für Kinder e.V.*

Name/ Vorname

Geburtsdatum

Straße/ Haus- Nr.

PLZ/ Wohnort

Telefon

e-mail- Adresse

Den Förderbetrag von

jährlich 60,- € bzw.

den von mir gewählten Betrag von € (mehr als 60,-€)

darf der Verein nach Bestätigung der Mitgliedschaft und dann jeweils zu Beginn des neuen Förderjahres gemäß erteiltem SEPA-Lastschriftmandat von meinem Konto einziehen.

(siehe separates SEPA Lastschriftmandat Seite 3-4)

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kredit-Institut vereinbarten Bedingungen.

Der Kapitalua für Kinder e.V. ist gemäß Art.12 und 13 DSGVO verpflichtet, Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu informieren. Ihre personenbezogenen Daten werden bei dem Kapitalua für Kinder e.V. in der Form gespeichert, wie Sie sie auf diesem Formular eintragen. Die Daten verbleiben bei uns, bis Sie uns zur Löschung auffordern, Ihre Einwilligung zur Speicherung widerrufen oder der Zweck der Datenspeicherung entfällt hier; Beendigung der Mitgliedschaft. Weitere Details entnehmen Sie unserer Datenschutzbestimmung. Ihre personenbezogenen Daten werden durch uns nicht an Dritte weitergegeben.

Ort / Datum:

Unterschrift : _____

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

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

*Wiederkehrende Zahlungen/
Recurrent Payments*

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)
Mandatsreferenz

SEPA-Lastschriftmandat

[Name des Zahlungsempfängers]

Ich/Wir ermächtige(n)

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

BIC¹

IBAN

D E

Ort, Datum

Unterschrift(en)

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/for SEPA Core Direct Debit Scheme

*Wiederkehrende Zahlungen/
Recurrent Payments*

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)
Mandatsreferenz

SEPA-Lastschriftmandat

[Name des Zahlungsempfängers]

Ich/Wir ermächtige(n)

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

BIC¹

IBAN

D E

Ort, Datum

Unterschrift(en)

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