

Partout e. V.

Verein zur Förderung der Medizin in Palästina
 Windthorststr. 65

48143 Münster

Aufnahmeantrag:

Hiermit beantrage ich

| | |
|---------------|--|
| Name | |
| Vorname | |
| Titel | |
| Geburtsdatum | |
| Beruf | |
| Fachgebiet | |
| Straße | |
| PLZ / Ort | |
| Telefonnummer | |
| Handynummer | |
| Email | |

die Mitgliedschaft beim partout e. V. / Verein zur Förderung der Medizin in Palästina, dessen Satzung ich akzeptiere. Eine Ermächtigung zum Einzug der satzungsmäßigen Beiträge füge ich bei.

Ich habe davon Kenntnis genommen, dass eine Kündigung der Mitgliedschaft zu ihrer Wirksamkeit der Schriftform bedarf und unter Einhaltung der in der Satzung vorgeschriebenen Frist erfolgen muss.

Die oben genannten Daten werden in der EDV unter Beachtung des Datenschutzgesetzes gespeichert.

 Ort und Datum

 Unterschrift

SEPA-Lastschriftmandat

| | |
|---|-----------------------------|
| Name des Zahlungsempfängers: partout e. V., Verein zur Förderung der Medizin in Palästina | |
| Anschrift des Zahlungsempfängers: Straße und Hausnummer: Windthorststr. 65 | |
| Postleitzahl und Ort: 48143 Münster | Land: Deutschland |
| Gläubiger-Identifikationsnummer: DE70ZZZ00001880315 | |
| Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen): | |
| <p>Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Verein zur Förderung der Medizin in Palästina partout e. V., Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Verein zur Förderung der Medizin in Palästina <i>partout e.V.</i> auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.</p> <p>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.</p> <p>Zahlungsart <input checked="" type="checkbox"/> Wiederkehrende Zahlung <input checked="" type="checkbox"/> Einmalige Zahlungen</p> | |
| Namen des/der Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) : | |
| Straße und Hausnummer : | Land Deutschland |
| Postleitzahl und Ort : | |
| IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen): | |
| BIC (8 oder 11 Stellen): | |
| Ort und Datum | |
| Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber): | |

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