

FÖRDERMITGLIEDSCHAFT ÜBER DEN TELLERRAND E.V.

JAI Ich möchte Teil des Vereins werden, als Fördermitglied mit einem Monatsbeitrag von:

5€

20€

50€

_____ individueller Beitrag (Minimum 5€)

MEINE KONTAKTDATEN

Vor - und Nachname _____

Straße und Hausnummer _____

PLZ und Ort _____

E-Mail Adresse _____

EINZUGSERMÄCHTIGUNG

Kontoinhaber*in _____

IBAN _____

BIC _____

Institut _____

Zahlungsweise monatlich jährlich

Ort, Datum,
Unterschrift _____

Hiermit ermächtige ich Über den Tellerrand e.V., meinen Beitrag von meinem Konto mittels Lastschrift zum 15. des Folgemonats vom Antragsdatum einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von Über den Tellerrand e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung von Über den Tellerrand e.V. an.

VIELEN DANK!