
Name: _____ Vorname(n): _____

Strasse: _____ PLZ, Ort: _____

Ich/Wir habe(n) ein Kind mit Down-Syndrom: ja () nein ()

Name und Geburtsdatum: _____

Email: _____ Telefon: _____

SEPA-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n) den Förderverein Morbus Down Krefeld e.V., Zahlungen von meinem/unseren Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom Förderverein Morbus Down Krefeld e.V. 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/unseren Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kreditinstitut: _____ BIC: _____

IBAN: _____ Kontoinhaber(in): _____

Der von mir/uns gewählte Mitgliedsbeitrag beträgt _____ €/Jahr (mindestens 45 €/Jahr). Er wird jährlich zum **30.04.** eingezogen. Fällt dieser nicht auf einen Bankarbeitstag, erfolgt der Einzug am unmittelbar darauf folgenden Bankarbeitstag.

Die Gläubiger-ID des Fördervereins Morbus Down Krefeld e. V. lautet:

DE17ZZZ00000343334

Die Mandatsreferenz für jeden Beitragszahler sind die ersten vier Buchstaben des Nachnamens des Mitgliedes.

Ich bin/wir sind damit einverstanden, dass die dem Förderverein Morbus Down e.V. von mir/uns mitgeteilten Daten auf Datenträgern gespeichert und für Vereinszwecke ausgewertet werden. Übermittlung an Personen und Stellen außerhalb des Vereins dürfen nicht erfolgen.

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

Unterschrift des/der Kontoinhabers/in (falls abweichend): _____

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger):

Förderverein Morbus Down Krefeld e.V.,

Claudia Odendahl (2. Vors.), Dünkirchener Str. 123, 47839 Krefeld

Bankverbindung: Sparkasse Krefeld, IBAN: DE14 3205 0000 0000 0962 14, BIC: SPKRDE33XXX