

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 DownVerein Niederrhein e.V., Zahlungen von meinem/unseren Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom DownVerein Niederrhein 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 freiwillige Mitgliedsbeitrag beträgt _____ €/Jahr (empfohlen: 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 DownVerein Niederrhein 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 DownVerein Niederrhein 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):

DownVerein Niederrhein e.V.

Dr. Nina Sottrell (1. Vorsitzende), Kemmerhofstr. 209, 47802 Krefeld

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