



Mitgliedschaftsbeantragung

Kontaktdaten

Vorname/Name:

Vorname Nachname

Geburtsdatum:

Tag Monat Jahr

Straße und Hausnummer:

Straße Hausnummer

Postleitzahl/Ort:

PLZ Ort

Tel. Nr.:

Vorwahl Telefonnummer

Fax:

Vorwahl Faxnummer

E-Mail:

E-Mail Adresse @

Bitte zutreffend ankreuzen:

Ich trage mit dem vollen Jahresbeitrag in Höhe von 35,00€ zum Gelingen von efa e.V. bei.

Ich habe kein eigenes Einkommen, oder lebe in einer Mutter-Kind-Familie (alleinerziehend), oder bin Schülerin/Studentin/Auszubildende oder Rentnerin und bezahle einen reduzierten Betrag – meinem Einkommen angepasst – in Höhe von _____ €/pro Jahr.

SEPA Lastschriftinzugsermächtigung

efa e.V.
Karlstraße 26, 73054 Eisligen/Fils
Gläubiger Identifikationsnummer: DE49ZZZ00000577692
Mandatsreferenz: (wird separat mitgeteilt)

Ich ermächtige den Verein efa e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der efa e.V. auf mein Konto gezogene Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vorname/Name: _____ Kreditinstitut: _____
Vorname Kontoinhaber Nachname Kontoinhaber Name der Bank

Straße/Hausnr.: _____ BIC: _____
Straße Hausnummer BIC

PLZ/Ort: _____
PLZ Ort

IBAN: DE _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____

Ort/Datum: _____, den _____
Ort Datum

Unterschrift: _____
Unterschrift Kontoinhaber