

Postanschrift:
Kalipay Germany e.V. Welfenstraße 26, 88368 Bergatreute
Email: kalipaygermany@gmail.com Tel: +4915141267757



Beitrittserklärung

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

Wohnort: _____

Geburtsdatum: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

- Ich möchte gerne als aktives (25€) Mitglied dem Verein beitreten.
 passives (50€)
 freiwilliger Zusatzbetrag: _____ €

Mit diesem Antrag möchte ich Kalipay Germany e.V. beitreten. Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich den Zweck des Vereins unterstütze und mir im Klaren bin, dass ein Verstoß gegen die Satzung zu einem Ausschluss aus dem Verein führen kann.

Außerdem genehmige ich dem Verein mir den Mitgliedsbeitrag mittels einer Lastschrift von meinem Bankkonto einzuziehen. Dies gilt bis zu meiner schriftlichen Kündigung, welche der Regulationen der Satzung entsprechen. Bei Minderjährigen willige ich als erziehungsberechtigte Person mit einer Unterschrift dem Beitritt meines Schutzbeauftragten bei dem Verein ein.

Einem freiwilligen höheren Beitrag sind keine Grenzen gesetzt.

Ich bestätige, dass ich die Hinweise zur Datenschutzverordnung gelesen habe, und ermächtige Kalipay Germany e.V. gemäß der Datenschutzverordnung meine Daten zu verarbeiten und bei Bedarf auch an Dritte weitergeben darf.

Unterschrift: _____

Unterschrift der erziehungsberechtigten Person: _____

Ort / Datum: _____

SEPA-Basis-Lastschriftmandat (SEPA Direct Debit Mandate)
für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/SEPA Core Direct Debit Scheme

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Kalipay Germany e.V.
Welfenstraße 26
88368 Bergatreute
Deutschland

**Wiederkehrende Zahlungen/
Recurrent Payments**

[Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)]
DE17KAL00002123575

[Mandatsreferenz: Wird vom Verein ausgefüllt.]

SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n)

[Name des Zahlungsempfängers]
Kalipay Germany e.V.

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

[Name des Zahlungsempfängers]
Kalipay Germany 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/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

[Kontoinhaber /Zahlungspflichtiger (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)]

[Kreditinstitut]

[BIC¹]

[IBAN]

¹ Hinweis: Ab 01.02.2014 kann die Angabe des BIC entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt.

[Ort, Datum]

Unterschrift (Zahlungspflichtiger)