Grow Together

BEITRITTSERKLÄRUNG

Ja, ich möchte Mitglied im gemeinnützigen Verein **Makadii e.V.** werden:

Meine Daten

Name
Straße, PLZ, Ort
E-Mail
Datum, Ort, Unterschrift

Jahres-Mitgliedsbeitrag in Euro (**Mindestbeitrag € 30**) _____ **Euro**

Einzugsermächtigung:

Ich ermächtige den gemeinnützigen Verein **Makadii e.V.** widerruflich, von folgendem Konto den oben genannten Mitgliedsbeitrag sofort, und danach jeweils zum 1. Februar eines jeden Jahres, einzuziehen.

Hinweis: Bitte auch das SEPA-Lastschriftmandat (Seite 2) ausfüllen.

Name
Bank
IBAN und BIC
Datum, Ort, Unterschrift

Bitte senden Sie die Beitrittserklärung und das SEPA-Lastschriftmandat ausgefüllt an den Verein **Makadii e.V.**, Schlossanger 3, 84168 Aham.

Steuerbegünstigte Spendenquittungen werden automatisch zu Beginn des folgenden Kalenderjahres zugestellt. Der gemeinnützige Verein Makadii e.V. dankt im Namen der notleidenden Menschen in Simbabwe, die durch Sie eine Überlebenshilfe erhalten.

ANSCHRIFT Makadii e.V. · Schlossanger 3 · 84168 Aham
VORSTAND Dr. Jutta Kuschmider, Christine Vornehm, Manfred Hajek, Alfred Vornehm, Josef Egeter, Diana Schlicht, Renate Egeter für die Stiftung Aham
KONTAKT Tel. +49 8744 85 50 · kontakt@makadii.de · www.makadii.de
BANK VR-Bank Isar-Vils · DE96 7439 2300 0000 1342 87 · GENODEF1VBV
VEREINSREGISTER Landshut, VR 1226

EIN PROJEKT DER STIFTUNG AHAM

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

Wiederkehrende Zahlungen / Recurrent Payments

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Makadii e.V. - c/o Stiftung Aham
Schlossanger 3
84168 Aham

[Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)]	[Mandatsreferenz]
DE45ZZZ00000417326	

SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Ich / Wir ermächtige(n)

[Name des Zahlungsempfängers]
Makadii e.V.

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

[Name des Zahlungsempfängers]
Makadii 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	
BIC[1]	IBAN **DE**

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

Ort, Datum	Unterschrift (Zahlungspflichtiger)