



**Ja, ich will** die Jugendprojekte unterstützen und Fördermitglied im Verein zur Förderung kooperativer Erziehung e.V. werden.

---

Name, Vorname

---

Straße und Hausnummer

---

Postleitzahl und Wohnort

---

Geburtsdatum

---

Telefon

---

Email

Bitte ankreuzen:

- Ich zahle einen Jahresbeitrag von 60€
- Ich zahle einen höheren Betrag: \_\_\_\_\_ € pro Jahr bzw \_\_\_\_\_ € pro Monat
- Ich möchte monatlich zahlen, jedoch mindestens 10,-€ pro Monat
- Ich möchte eine Spendenbescheinigung.

---

Name, Vorname des Kontoinhaber (in Druckbuchstaben)

Ermächtigung zum Einzug der Beträge per SEPA-Lastschriftmandat (bitte auch nächste Seite ausfüllen - Danke! ) Der Jahresbeitrag wird jährlich im Januar von meinem Konto abgebucht. Den Betrag für das laufende Kalenderjahr zahle ich in voller Höhe. Monatsbeiträge werden am Anfang eines jeden Monats von meinem Konto abgebucht, den Betrag für den laufenden Monat zahle ich in voller Höhe.

---

Vorname & Name des Kontoinhabers (Unterschrift)

Meine personenbezogenen Daten werden vom VzFKE e.V. unter Beachtung des DS-GVO gespeichert und satzungsgemäß verwendet.

---

Vorname & Name (Unterschrift)

# SEPA-(Basis-)Lastschriftmandat (SEPA Direct Debit Mandate)

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)  
Creditor's Name & Address

**Wiederkehrende Zahlungen** (Recurrent Payments)

Gläubiger-Identifikationsnummer  
(Creditor identifier)

Mandatsreferenz  
(Mandate reference)

Ich/Wir ermächtige(n) oben genannten Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von oben genanntem Zahlungsempfänger auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

By signing this mandate form, I/we authorise above mentioned Creditor to send instructions to my/our bank to debit my/our account and my/our bank to debit my/our account in accordance with the instructions from above mentioned Creditor.

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.

As part of my/our rights, I'm/we are entitled to a refund from my/our bank under the terms and conditions of my/our agreement with my/our bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which my/our account was debited.

Kontoinhaber Name, Vorname  
(Name of debtor)

Straße, Hausnummer  
(Street name and number)

PLZ, Ort  
(Postal code and city)

Land  
(Country)

IBAN  
(Account number-IBAN)

BIC<sup>1</sup>  
(Swift BIC)

Name Kreditinstitut (Bank) des Zahlungspflichtigen  
(Name of debtor's bank)

Ort, Datum (Location, date)

Unterschrift(en) Signature(s)

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