



AFRICAN INFORMATION MOVEMENT.

Education is our Future.

African Information Movement e.V.
Klarastr. 79A
79106 Freiburg

SITZ
Klarastraße 79 A
79106 Freiburg

INTERNET
aim-ev.org

E-MAIL
info@aim-ev.org

ANTRAG AUF FÖRDERMITGLIEDSCHAFT

Ich möchte mich für den Verein African Information Movement (AIM. e.V.) engagieren und unterstütze die Arbeit des Vereins als:

FÖRDERMITGLIED
(jährlicher Mindestbeitrag in Höhe von 50,- €) mit einem Förderbeitrag von regelmäßig _____ Euro / Jahr.

SCHÜLER / STUDENT
mit einem ermäßigten Beitrag in Höhe von regelmäßig 30,- Euro / Jahr.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
VORNAME	NACHNAME	E-MAIL ADRESSE		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
STRASSE	HAUSNR.	PLZ	ORT	
<input type="text"/>	<input type="text"/>			
TELEFONNUMMER	ÜBER WEN HAST DU VON AIM. ERFAHREN?			

Die Förderbeiträge werden gemäß der Vereinssatzung jeweils zu Jahresbeginn fällig und sind aufgrund der Gemeinnützigkeit von AIM e.V. steuerabzugsfähig. Die Erteilung einer Einzugsermächtigung über das SEPA-Lastschriftverfahren vereinfacht die Zahlung von Mitgliedsbeiträgen und gewährt Planungssicherheit. **BITTE SEITE 2 BEACHTEN!**

Zusätzlich zu meinem jährlichen Mitgliedsbeitrag möchte ich mich **EHRENAMTLICH** engagieren.

ORT | DATUM | UNTERSCHRIFT

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Name des Zahlungsempfängers:

African Information Movement e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers**Straße und Hausnummer:**

Klarastraße 79 A

Postleitzahl und Ort:

79106 Freiburg

Gläubiger-Identifikationsnummer:

DE31ZZZ00001038184

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):**Einzugsermächtigung:**

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben) widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem / unserem Konto einzuziehen.

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann / Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungsart:

Wiederkehrende Zahlung

Einmalige Zahlung

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

Höhe der Zahlung / jährlicher Mitgliedsbeitrag:

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)**Straße und Hausnummer:**

Emailadresse:

Postleitzahl und Ort:

Telefonnummer:

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen):

D E

BIC (8 oder 11 Stellen):

D E

Ort:

Datum (TT/MM/JJJJ):

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):