

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich mich bereit, Mitglied des mildtätigen und gemeinnützigen Vereins *Etudes Sans Frontières - Studieren ohne Grenzen Deutschland e.V.* zu werden. Die Mitgliedschaft kann jederzeit schriftlich mit Wirkung zum Jahresende gekündigt werden.

Ich möchte dem Verein beitreten als

Ordentliches Mitglied (Aktive Mitglieder&Alumni)

Fördermitgliedschaft Hauptverein

Fördermitgliedschaft Zweigverein Heidelberg

Persönliche Angaben

Vorname	Nachname	Geburtsdatum (optional)
PLZ	Wohnort	Straße und Hausnummer
Beruf / Studienfach (optional)	Telefon (für Rückfragen)	Lokalgruppe (bei aktiver Mitgliedschaft)
E-Mail-Adresse		

Zahlungsweise des Beitrags

Minimalbetrag (1 €/Monat) - 12 €

Beitrag (2 €/Monat) - 24,00 €

Beitrag (3 €/Monat) - 36,00 €

Beitrag (5 €/Monat) - 60,00 €

Ich bin bereit einen Beitrag in Höhe von _____ € im Jahr zu leisten.

Die Zahlung erfolgt _____ jährlich
monatlich*

*Bei monatlicher Abbuchung werden bei der 1. Lastschrift einmalig die Mitgliedsbeiträge für die bereits vergangenen Monate des Beitragsjahres eingezogen. Für Fördermitglieder beginnt die Zahlungspflicht im Folgemonat des Beitritts.

per Bankeinzug (bitte SEPA-Mandatserklärung beilegen)

per Überweisung an Studieren Ohne Grenzen

• IBAN: DE62 6415 0020 0001 3851 57 • BIC: SOLADES1TUB

Verwendungszweck: "Mitgliedsbeitrag 20jj, Nachname, Vorname"

Ich bin auf SOG aufmerksam geworden durch (Internet, Freunde, ...) :

Ort, Datum

Unterschrift

Bitte die ausgefüllte Beitrittserklärung und ggf. das Lastschriftmandat per E-Mail als Scan an mitglieder@studieren-ohne-grenzen.org oder per Post an unsere Vereinsadresse (siehe Fußzeile) senden.

SEPA-Lastschriftmandat

Name und Adresse des Zahlungsempfängers:

Etudes Sans Frontières – Studieren Ohne Grenzen Deutschland e.V.
Universität Konstanz
Postfach 233
78457 Konstanz
Deutschland / Germany

Gläubiger-identifikationsnummer: DE25ZZZ00000252980

Mandatsreferenz:

(wird vom Zahlungsempfänger eingetragen)

Ich ermächtige

(i) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.
(ii) Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein Konto gezogenen 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.

Zahlungsart

Das Mandat wird für eine wiederkehrende Zahlung gemäß der in der Beitrittserklärung gegebenen Bestimmungen erteilt.

Name des/der Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber/in):

Anschrift des/der Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber/in):

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

Land

IBAN und BIC des/der Zahlungspflichtigen:

IBAN

BIC

Datum, Ort

Unterschrift des/der Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber/in)

Bitte die ausgefüllte Beitrittserklärung und ggf. das Lastschriftmandat per E-Mail als Scan an mitglieder@studieren-ohne-grenzen.org oder per Post an unsere Vereinsadresse (siehe Fußzeile) senden.