

Pflege- und Adoptivfamilien Erfstadt e.V.

Aufnahmeantrag

Ich/Wir beantrage(n) die Aufnahme in den Verein Pflege- und Adoptivfamilien Erfstadt e.V.

	1.Mitglied	2. Mitglied
Name		
Vorname		
Straße		
PLZ Ort		
Telefon		
E-mail		
Geb.		

Der Mitglieds- /Familienbeitrag in Höhe von z.Zt. € 30,00 ist nach Antragsannahme und in der Folge jährlich zum 01.01 eines Kalenderjahres fällig. Der Mitgliedsbeitrag wird per SEPA Lastschriftenmandat eingezogen.

Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass der Verein zur Verwaltung und Betreuung seiner Mitglieder deren Daten unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen elektronisch speichert. Datenübermittlungen finden nicht statt, es sei denn, sie werden im Einzelfall erforderlich und ich/wir gebe(n) dazu vorher meine/unsere Einwilligung.

In Kenntnis dieses Umstandes mache ich/machen wir zusätzlich folgende freiwillige Angaben:

Zu meiner/unsere(r) Familie gehören bereits:

Pflegekinder

Adoptivkinder

leibliche Kinder

Name und Geburtsdatum der Kinder:

1.Kind

2.Kind

3.Kind

4.Kind

In bin/wir sind interessiert an der Aufnahme in unseren Haushalt von

Pflegekindern

Adoptivkind

(Ort, Datum)

(Unterschrift)

SEPA-Lastschriftmandat
SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

Pflege- und Adoptivfamilien Erftstadt e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Römerhofallee 121

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

50226 Frechen

Land / Country:

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

DE06ZZZ00001142327

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger **Pflege- und Adoptivfamilien Erftstadt e.V.**, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger **Pflege- und Adoptivfamilien Erftstadt 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 Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor **Pflege- und Adoptivfamilien Erftstadt e.V.** to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor **Pflege- und Adoptivfamilien Erftstadt e.V.**

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

Zahlungsart / Type of payment:

Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment Einmalige Zahlung / One-off payment

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name:

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor address*

* Angabe freigestellt / Optional information

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

Land / Country:

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 34 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 34 characters):

BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):

Hinweis: Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn der Zahlungsdienstleister des Zahlungspflichtigen in einem EU-/ EWR-Mitgliedsstaat ansässig ist.

Note: The BIC is optional when Debtor Bank is located in a EEA SEPA country.

Ort / Location:

Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor: