

Pamoja Africa e.V.
Im Ring 4
74360 Ilsfeld

AUFNAHMEANTRAG

Ich beantrage hiermit die Aufnahme als Mitglied in den Verein Pamoja Africa e.V., dessen Satzung ich zur Kenntnis genommen habe, und erkläre mich zur Zahlung des Jahresbeitrages von 20,00 Euro bereit.

Firma:

Name, Vorname:

Straße, Nr.:

PLZ / Ort:

Telefon:

Geburtsdatum:

E-Mail Adresse:

Der Mitgliedsbeitrag wird erstmalig **bei Eintritt**, und in den Folgejahren jeweils zum **15. Januar**, fällig. Bitte fülle das beigefügte SEPA Lastschriftmandat aus oder überweise den Mitgliedsbeitrag auf folgendes Konto:

Kontoinhaber: Pamoja Africa e.V.
IBAN: DE98 4306 0967 7032 5396 00
BIC: GENODEM1GLS
Kreditinstitut: GLS Gemeinschaftsbank
Betreff: Mitgliedsbeitrag

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

SEPA-Lastschriftmandat / SEPA Direct Debit Mandate

Pamoja Africa e.V.

Im Ring 4 | 74360 Ilsfeld | Deutschland

D E 1 7 Z Z Z 0 0 0 0 1 9 8 9 2 3 0

Gläubiger-Identifikationsnummer / creditor identifier



Zahlungsart:

Wiederkehrende Zahlung

type of payment:

recurrent payment



Zahlungsart:

Einmalige Zahlung

type of payment:

one-off payment

Pamoja Africa e.V.

Im Ring 4

74360 Ilsfeld

Deutschland

.....
Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / debtor name

.....
Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber): **Straße und Hausnummer** / debtor **street and number**

.....
Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber): **PLZ und Ort** / debtor **postal code and city**

.....
Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber): **Land** / debtor **country**

.....
IBAN des Zahlungspflichtigen / debtor IBAN

.....
BIC des Zahlungspflichtigen / debtor SWIFT BIC

Ich ermächtige (Wir ermächtigen) den Zahlungsempfänger Pamoja Africa e.V., Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von Pamoja Africa e.V. auf mein (unsere) 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, I (we) authorise the creditor Pamoja Africa e.V. 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 the creditor Pamoja Africa e.V..

Note: I can (we can), within eight weeks, starting with the date of the debit request, demand a refund of the amount charged. The terms and conditions agreed upon with my (our) financial institution apply.

.....
Ort / location

.....
Datum / date

.....
Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) /
signature(s) of the debtor

Informationen zu SEPA-Mandaten: www.sepa-mandat.de / informations about sepa-mandate: www.sepa-mandate.de

Verantwortlich für die Verwendung dieses Formulars ist ausschließlich der Zahlungsempfänger Pamoja Africa e.V., 74360 Ilsfeld