

## SEPA-Lastschriftmandat zum Einzug des Mitgliedsbeitrages

Zahlweise:

- jährlich (48,00 Euro/ 18,00 Euro bei vermindertem Beitrag)  
jeweils zum 15. Februar eines Jahres
- halbjährlich (24,00 Euro)  
jeweils zum 15. Februar und 15. August eines Jahres
- vierteljährlich (12,00 Euro)  
jeweils zum 15. Februar, 15. Mai, 15. August und 15. November eines Jahres

Bei Beginn der Mitgliedschaft im laufenden Kalenderjahr nach dem 15. Februar wird der Mitgliedsbeitrag **einmalig** zum nächsten auf den Eintritt folgenden Einzugstermin (15. Mai, 15. August oder 15. November) eingezogen. Das Mitglied wird über den Einzug rechtzeitig schriftlich informiert.

 aidshilfe dortmund e.v., Gnadenort 3 – 5, 44135 Dortmund

Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE12ZZZ00000551101**

Mandatsreferenz: **WIRD SEPARAT MITGETEILT**

### SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die aidshilfe dortmund e.v., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der aidshilfe dortmund e.v. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

\_\_\_\_\_  
Vorname und Name (Kontoinhaber)

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl und Ort

\_\_\_\_\_  
Kreditinstitut (Name)

\_\_\_\_\_  
BIC

DE \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
IBAN

\_\_\_\_\_  
Datum, Ort, Unterschrift

- Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die aidshilfe dortmund e.v mich für Rückfragen oder aktuelle Informationen telefonisch oder per E-Mail kontaktiert. Diese Erklärung kann ich jederzeit widerrufen (schriftlich, per Telefax oder per E-Mail).

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer(ggfs. mobil)

\_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse