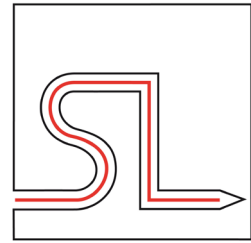


Mitgliedsantrag



BEHINDERTER KÖLN e.V.
Xantener Str. 46
50733 Köln

selbstbestimmt leben

Ich möchte die Arbeit des „Selbstbestimmt Leben“ Behinderter Köln e.V. gerne unterstützen

- und Mitglied werden. Der jährliche Beitrag beträgt 30 €.**
- Ich habe einen nachgewiesenen Grad der Behinderung (laut Satzung sind nur Menschen mit Behinderung stimmberechtigt).**
- und mit einem Beitrag von _____ Fördermitglied werden (Mindest-Förderbeitrag: 70 €).**

Name

Vorname

Straße

PLZ/Wohnort

E-Mail

Telefon

Ort, Datum, Unterschrift

MITGLIED DER ISL E.V. UND DES PARITÄTISCHEN

Bankverbindung

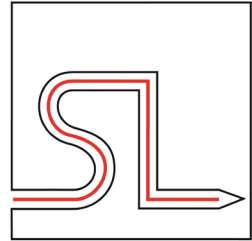
Bank für Sozialwirtschaft

IBAN: DE45 3702 0500 0007 0196 00

BIC: BFSWDE33XXX

Zahlungsweise

- Ich richte für meinen Mitgliedsbeitrag einen Dauerauftrag ein.
- Ich erteile „Selbstbestimmt Leben“ Behinderter Köln e.V. ein SEPA-Lastschriftmandat (Einzugsermächtigung).



selbstbestimmt leben

BEHINDERTER KÖLN e.V.
Xantener Str. 46
50733 Köln

Kombimandat zur Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Selbstbestimmt Leben Behinderter Köln e.V. Xantener Str. 46, 50733 Köln

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE22ZZZ00000834743

Mandatsreferenz: (wird durch uns vergeben)

_____	_____
Name	Vorname
_____	_____
Straße	PLZ/Wohnort

1. Einzugsermächtigung

Ich ermächtige/Wir ermächtigen „**Selbstbestimmt Leben**“ **Behinderter Köln e.V.** widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem/unserem Konto einzuziehen. Die Lastschrift erfolgt jährlich zum 1. März.

MITGLIED DER ISL E.V. UND DES PARITÄTISCHEN

Bankverbindung

Bank für Sozialwirtschaft

IBAN: DE45 3702 0500 0007 0196 00

BIC: BFSWDE33XXX

2. SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige/Wir ermächtigen „**Selbstbestimmt Leben**“
Behinderter Köln e.V., Zahlungen von meinem/unserem Konto
mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir
unser Kreditinstitut an, die von „**Selbstbestimmt Leben**“
Behinderter Köln 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.

_____|_____
Kreditinstitut des Zahlers (Name und BIC)

IBAN: D E ____|_____|_____|_____|_____
_____|_____

Ort, Datum, Unterschrift/en des/der Zahler/s

Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Basis-Lastschrift wird mich/uns
„**Selbstbestimmt Leben**“ **Behinderter Köln e.V.** über den Einzug
in dieser Verfahrensart unterrichten.

MITGLIED DER ISL E.V. UND DES PARITÄTISCHEN

Bankverbindung

Bank für Sozialwirtschaft

IBAN: DE45 3702 0500 0007 0196 00

BIC: BFSWDE33XXX