

Stiftung KiBa
Förderverein, Stiftungsbüro
Herrenhäuser Straße 12
30419 Hannover

Ja, ich werde / wir werden Mitglied im "Verein zur Förderung der Stiftung KiBa e.V."

Ich zahle / Wir zahlen ab sofort den folgenden Mitgliedsbeitrag:

monatlich 5 Euro 10 Euro Euro:

jährlich 60 Euro 120 Euro Euro:

Vorname, Name

Straße, Hausnr.

PLZ Ort

Telefon, Fax E-Mail

SEPA-Lastschriftmandat

Ich bin damit einverstanden, dass die Stiftung KiBa Zahlungen von meinem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzieht.
CID: **DE57ZZZ00000023484**. Die Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt.

Meine Bankverbindung (IBAN oder Kontonr.)

BIC oder Bankleitzahl

Kontoinhaber (nur wenn abweichend)

Weicht der Kontoinhaber von den oben eingetragenen Daten ab, so ist zusätzlich dessen/deren Unterschrift im Feld unten erforderlich.

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.

Datum

Unterschrift

Bitte dieses Formular ausfüllen, ausdrucken und unterschreiben.
Danach per Post einsenden an die oben angegebene Adresse oder per
Fax an 0511/2796-334 senden. Bitte die Unterschrift nicht vergessen!