



Mit Ohne Grenzen
e.V. c/o
Hannes Lehmann
Schießstattweg 49
94032 Passau
www.mitohnegrenzen.de /
vorstand@mitohnegrenzen.eu

Mitgliedschaftsantrag

Hiermit beantrage ich meine Aufnahme als Mitglied von Mit Ohne Grenzen e.V.

Name

Vorname

Geburtsdatum

Mitglied von Sojka – spolek mladých:
ja nein

PLZ/Wohnort

Straße/Hausnummer

E-Mail

Ort/ Datum

Unterschrift

SEPA-Lastschriftmandat zum jährlich wiederkehrenden Einzug des Mitgliedsbeitrags

Ich ermächtige den Verein Mit Ohne Grenzen e.V. (Anschrift: c/o Hannes Lehmann, Schießstattweg 49, 94032 Passau) /. Gläubiger-Identifikationsnummer: DE97ZZZ00001499977 / Mandatsreferenz: wird separat mitgeteilt), **Zahlungen** von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem Verein Mit ohne Grenzen e.V. auf mein Konto gezogenen **Lastschriften** einzulösen.

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.

Vorname und Name (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Kreditinstitut (Name und BIC)

IBAN: D E _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _

Ort/Datum

Unterschrift des Kontoinhabers