



die lobby für kinder

**Deutscher Kinderschutzbund e.V.**

Wildermannstr. 51 - 53

45659 Recklinghausen

Tel.: 02361 / 109494

E-Mail: dksb.re@t-online.de

www.kinderschutzbund-recklinghausen.de

Sparkasse Vest Recklinghausen

IBAN: DE35 426 501 5000 800 683 64

BLZ: WELADED1REK

**Beitrittserklärung:**

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Deutschen Kinderschutzbund Recklinghausen e.V.

zum \_\_\_\_\_.

Name / Vorname: \_\_\_\_\_

Straße / Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Telefonnummer / Emailadresse: \_\_\_\_\_

**Jahresbeitrag:**

32,00 € (Mindestbeitrag für Erwachsene)

16,00 € (Schüler und Studenten)

\_\_\_\_\_ € (freiwillig erhöhter Jahresbeitrag)

Teilbeiträge müssen überwiesen werden.

**Bankverbindung des Kinderschutzbundes:**

Sparkasse Vest Recklinghausen

IBAN: DE35 4265 0150 0080 0683 64

BIC: WELADED1REK

**Einzugsermächtigung für den Jahresbeitrag ab 1.1. des folgenden Jahres:**

Mein Beitrag soll widerruflich zum 31.03. jeden Jahres per Lastschrift eingezogen werden:

**Angaben auf der Rückseite!**

**Datenschutzhinweis:** Vorstehende Daten werden nur im Rahmen der Erforderlichkeit von Abrechnung und Betreuung Ihrer Mitgliedschaft von dem Dt. Kinderschutzbund Recklinghausen e.V. erfasst bzw. verarbeitet. Es erfolgt keine Weitergabe der persönlichen Daten an Dritte.



die lobby für kinder

# SEPA-Lastschriftmandat SEPA Direct Debit Mandate

**Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:**

Deutscher Kinderschutzbund Recklinghausen e.V.

**Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address****Straße und Hausnummer / Street name and number:**

Wildermannstr. 51

**Postleitzahl und Ort / Postal code and city:**

45659 Recklinghausen

**Land / Country:**

Deutschland

**Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:**

DE98ZZZ00000221111

**Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):**

Mitgliedsbeitrag

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) 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.

By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor (name see above) to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor (name see above).

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

**Zahlungsart / Type of payment:** Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment  Einmalige Zahlung / One-off payment**Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name:****Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor address****Straße und Hausnummer / Street name and number:****Postleitzahl und Ort / Postal code and city:****Land / Country:****IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 35 characters):****BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):****Ort / Location:****Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):****Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor:**

Hinweis: Meine / Unsere Rechte zu dem obigen Mandat sind in einem Merkblatt enthalten, das ich / wir von meinem / unserem Kreditinstitut erhalten kann.  
Note: Your rights regarding the above mandate are explained in a statement that you can obtain from your bank.