

Organisationseinheit

Eintrittsdatum

Laufende Nummer



Aufnahmeschein- Fördermitgliedschaft
SOZIALISTISCHE JUGEND DEUTSCHLANDS – DIE FALKEN



Nachname:

Vorname:

(Firma/Institution):

PLZ:

Ort:

Fax:

Telefonnummer:

(zuständiger Ansprechpartner):

Email:

Datum

Unterschrift/(Stempel)

Fördermitgliedsbeitrag (Zutreffendes bitte ankreuzen):

Ja, ich möchte den Unterbezirk Nürnberg mit einem Fördermitgliedsbeitrag in seiner verbandlichen Kinder- und Jugendarbeit unterstützen.

Mein monatlicher Beitrag: 5 EUR / 10 EUR / 20 EUR /
 50 EUR / _____ (eigener Betrag)

Mein Fördermitgliedsbeitrag liegt damit jährlich bei:
_____ Euro

Der Einzug soll Jährlich / halbjährlich / vierteljährlich von meinem /unserem Konto erfolgen.

Fördermitglieder Unterstützung durch ihren Beitrag direkt den Unterbezirk in herausfordernden finanziellen, politischen und gesellschaftlichen Zeiten und damit aktiv seine verbandliche Kinder- und Jugendarbeit in Nürnberg. Ohne reguläre Mitgliedschaft in einem unserer Ortverbände haben Fördermitglieder keine aktiven Mitgliedsrechte.



Erklärung:



Hiermit erkläre ich, das SJD-Die Falken Unterbezirk Nürnberg meinen Fördermitgliedsbeitrag entsprechend meines Wunsches jährlich/halbjährlich/vierteljährlich mittels SEPA-Lastschriftmandat von meinem einseitig angegebenen Konto einziehen soll. Der Einzug erfolgt bei jährlicher Zahlung in einem Betrag zum 15.11. sofern gewünscht anteilig zum 15.02, 15.06 und 15.08. eines jeden Kalenderjahres. Die Fördermitgliedschaft kann regulär mit einer Frist von 6 Wochen zum Jahresende gekündigt werden.

Ort, Datum

Unterschrift / (Stempel)

Bitte wenden!

Erteilung eines SEPA Lastschriftmandats

Name des Zahlungsempfängers (Gläubiger):
SJD - Die Falken Unterbezirk Nürnberg

Anschrift des Zahlungsempfängers:
Karl-Bröger-Str. 9
90459 Nürnberg

Gläubiger-Identifikationsnummer:
DE41SJD00002684676

Mandatsreferenz:
Fördermitgliedschaft Falken

Ich/wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem/unseren Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein/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/unseren Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung entsprechend umseitiger Angabe;

Fördermitgliedschaft SJD-Die Falken Unterbezirk Nürnberg

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

Straße & Hausnummer: _____

Postleitzahl & Ort: _____

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen):

BIC (8 oder 11 Stellen, entfällt bei Konto in Deutschland):

Ort, Datum:

Unterschrift des/der Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):