

Behinderten-Integration Berchtesgaden e.V.  
 Sven Hosse  
 Breiningweg 9

D – 83483 Bischofswiesen

## AUFNAHME – ANTRAG

Vorname: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_  
 Nachname: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_  
 Fax: \_\_\_\_\_  
 E-Mail: \_\_\_\_\_

Mitgliedschaft erwünscht als  Mitglied (aktives Stimm- und Wahlrecht) (Stand 01/2002)  
(Bitte ankreuzen) Mind. €30.- od. frei wählbarer Betrag von € \_\_\_\_\_ Jahresmitgliedschaft  
 Fördermitglied (Stand 01/2002)  
 Mind. €12.- od. frei wählbarer Betrag von € \_\_\_\_\_ Jahresmitgliedschaft

Die Mitgliedschaft verlängert sich automatisch um ein weiteres Jahr, wenn nicht vorher gekündigt wird.

Wenn Familienmitgliedschaft erwünscht (keine Beitragserhöhung!), bitte persönliche Daten der Angehörigen eintragen.

	Ehegatte/Ehegattin	1. Kind	2. Kind	3. Kind
Vorname:				
Nachname:				
Geburtsdatum				

Wenn eine Behinderung oder Förderbedarf im Familienkreis vorliegt bitte eintragen (diese Angaben sind freiwillig).

Name, Geb.-dat.	Förderbedarf erteilt	Beschreibung der Behinderung / der Förderbedürftigkeit
	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	

### Hinweise

Eine Aufnahme ist nur mit SEPA-Lastschriftmandat (siehe Seite 2) möglich.

Sie erklären Ihre Einwilligung zur Speicherung und Verarbeitung ihrer personenbezogenen Daten, soweit dies im Zusammenhang mit der Mitgliedschaft erforderlich ist.

\_\_\_\_\_ den \_\_\_\_\_  
(Ort) (Datum) (Unterschrift des Antragstellers)

SEPA-Lastschriftmandat  
SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

Behinderten-Integration Berchtesgaden e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Breiningweg 9

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

83483 Bischofswiesen

Land / Country:

Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

DE75ZZZ00000288281

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

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger **Behinderten-Integration Berchtesgaden e.V.** Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger **Behinderten-Integration Berchtesgaden 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.

By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor **Behinderten-Integration Berchtesgaden e.V.** 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 **Behinderten-Integration Berchtesgaden e.V.**

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.