



## BEITRITTSERKLÄRUNG

Name \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_  
Beruf \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Ich erkläre hiermit meinen Beitritt zum Deutsch-Israelischen Freundeskreis Ingelheim e.V.

Ich möchte aktiv mitarbeiten  Ich möchte förderndes Mitglied werden

Beitrag (bitte ankreuzen):

Einzelmitglied 5,- Euro/Monat  Schüler, etc. 3,- Euro/Monat  
 Juristische Person 20,- Euro/Monat  Sonstiges \_\_\_\_ Euro/Monat

## SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger ID DE51ZZZ00000408003  
Mandatsreferenz

Ich ermächtige den Deutsch Israelischen Freundeskreis Ingelheim e. V den jährlichen Mitgliedsbeitrag von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Deutsch-Israelischen Freundeskreis 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.

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

Kreditinstitut: \_\_\_\_\_

(Datum, Ort)

(Unterschrift des Kontoinhabers )