

# Kinderhilfsprojekt Galle - Sri Lanka e.V.



Chathura-Kinderheim in Sri Lanka

Vorstandsvorsitzende:

Anneliese Woll  
Berliner Ring 78a  
66955 Pirmasens

Tel. 0049 6331 1441205

E-mail:

[Kinderhilfsprojekt\\_galle@t-online.de](mailto:Kinderhilfsprojekt_galle@t-online.de)

Internet:

[www.kinderhilfsprojekt-galle-srilanka.de](http://www.kinderhilfsprojekt-galle-srilanka.de)

## Beitrittserklärung Nr. \_\_\_\_\_

Ich bin bereit, die Tätigkeit des Vereins als Mitglied zu unterstützen.  
Die Satzung erkenne ich an.

Unsere Satzung finden Sie  
auf unserer Internetseite.

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift

Da der Verein ausschließlich und unmittelbar gemeinnützige Zwecke verfolgt, ist der Beitrag steuerlich abzugsfähig.

Name, Vorname : \_\_\_\_\_

Straße, Haus-Nr. : \_\_\_\_\_

Postleitzahl, Ort : \_\_\_\_\_

Geb.-Datum : \_\_\_\_\_

Tel.-Nr. : \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_

Eintrittsdatum : \_\_\_\_\_ Monatsbeitrag : EURO \_\_\_\_\_ ( mind. 2,00 € )

Zahlungsweise : jährlich halbjährlich

Einzugsdatum für die erste Belastung:

im Eintrittsmonat

Einzugsdatum für wiederkehrende jährliche Belastung :

2. Januar

Einzugsdatum für wiederkehrende halbjährliche Belastung :

2. Januar und 1. Juli

Belastungen mittels folgendem SEPA-Lastschriftmandat:

# SEPA - Lastschriftmandat / SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

**Kinderhilfsprojekt Galle – Sri Lanka e.V.**

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

**Berliner Ring 78a**

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

**66955 Pirmasens**

Land / Country:

**Deutschland**

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier :

**DE34ZZZ00000225270**

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

**Mitglieds-Nr.**

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto Mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich 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 8 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 the creditor (name see above) to send instructions to your bank to debit your account and 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.