

Voll-Mitglied werden



JA, ich werde die Arbeit von **medihimal e. V.** unterstützen

und beantrage

- die **Voll-Mitgliedschaft**
(nur für natürliche und volljährige Personen möglich)
mein Beitrag ____ Euro/Jahr
(mindestens 120 Euro jährlich, entsprechend dem Beschluss der
Mitgliederversammlung vom Juni 2013)

Bitte beachten Sie:

Nach Prüfung und Freigabe des Mitgliedsantrages durch das verantwortliche Gremium erhalten Sie den Status einer "privilegierten Mitgliedschaft".

Nach Ablauf der obligatorischen Wartezeit von 3 Monaten werden Sie automatisch Voll-Mitglied mit allen Rechten und Pflichten entsprechend unserer Satzung.

Eine Reduzierung des Mitgliedsbeitrages ist nicht möglich, hierfür bietet sich der Wechsel in den Status „Förder-Mitgliedschaft“ an.

Die Voll-Mitgliedschaft gilt jeweils für ein Jahr bei automatischer Verlängerung, eine schriftliche Kündigung ist 3 Monate vor Jahreswechsel möglich.

Mit dem Antrag auf eine Voll-Mitgliedschaft erkennen Sie unsere Satzung und den Verhaltenskodex an und erklären damit Ihre Bereitschaft, sich für unsere Ziele einzusetzen.

Diese Mitgliedsbeiträge werden zur Finanzierung von *medihimal* verwendet.

Name/Firma _____

Vorname _____

Straße _____

Postleitzahl _____

Ort _____

für eventuelle Rückfragen bitte angeben:

Telefon (_____) _____ Telefax (_____) _____

E-Mail _____

Geburtsdatum _____

Datum _____

Unterschrift _____

medihimal e.V.
Landshuter Allee 52
80637 München
Telefon
(089) 14 34 06 39-20
Telefax
(089) 14 34 06 39-22
E-Mail
office@medihimal.org
VR 17228
Amtsgericht München

allgemeines Spendenkonto
Stadtsparkasse München
BLZ 70150000
Konto 14119432
IBAN:
DE8470150000014119432
BIC: SSKMDEMM

Um die Verwaltungskosten so gering wie möglich zu halten, bitten wir Sie, am Lastschrift-Einzugsverfahren teilzunehmen. Sie brauchen sich keine Termine zu merken, die zusätzlichen Gebühren für eventuelle Daueraufträge entfallen und Sie gehen kein Risiko ein, da Sie gesetzlich ein 8-wöchiges Widerspruchsrecht haben. **Ermächtigung für das SEPA-Lastschriftmandat umseitig.**

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Hinweis auf das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG):

Die hier erhobenen personenbezogenen Daten werden nur durch Personen, die auf das Datenschutzgeheimnis nach § 5 BDSG verpflichtet worden sind und mit Einsatz geeigneter Programme verarbeitet und elektronisch gespeichert.

Information zur Einzugsermächtigung und SEPA-Lastschriftmandat

Grundlage für die Nutzung des SEPA-Lastschriftverfahrens ist eine Autorisierung, das „SEPA-Lastschriftmandat“. Die Erteilung des Lastschriftmandats ist freiwillig. Ihre Rechte zur Berichtigung und Auskunftserteilung nach den Landesdatenschutzgesetzen bleiben selbstverständlich unberührt.

Was ist neu an der SEPA-Lastschrift?

Ein wesentliches Merkmal an der neuen SEPA-Lastschrift ist die verlängerte Frist, in der eine Erstattung des belasteten Betrages verlangt werden kann.

Die Frist beträgt einheitlich 8 Wochen ab dem Zeitpunkt der Belastungsbuchung auf Ihrem Konto.

Ebenso werden nun nicht mehr die Bezeichnungen „Kontonummer“ und „Bankleitzahl“ verwendet, sondern die Begriffe „IBAN“ und „BIC“. Diese können Sie bereits jetzt schon als Ihre Kontodaten angeben.

Zusätzliche Sicherheitsmerkmale sind künftig eine Mandatsreferenznummer und die Gläubiger-Identifikationsnummer des Zahlungsempfängers.

Bei jeder Belastung durch eine SEPA-Lastschrift finden Sie diese Angaben auf Ihrem Kontoauszug.

SEPA-Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger / Creditor Name

medihimal e. V. – gemeinnützige Organisation für Entwicklungszusammenarbeit

Landshuter Allee 52 - 80637 München

Gläubiger-Identifikationsnummer / *Creditor Identifier*

DE11ZZZ00000323751

Mandatsreferenz / *Mandate Reference*

(teilen wir Ihnen separat rechtzeitig mit)

Ich ermächtige / wir ermächtigen *medihimal e. V.* Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die von *medihimal 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.

Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Lastschrift wird mich / uns *medihimal e. V.* über den Einzug in dieser Verfahrensart informieren.

Zahlungsart

wiederkehrende Zahlung

Name und Adresse des / der Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

Kreditinstitut (Name und Ort)

IBAN (max. 35 Stellen) | _____ |

BIC (8 oder 11 Stellen) | _____ |

Ort

Datum

Unterschrift(en)
