

stopconcussions Germany e.V.

Aufnahmeantrag/Beitrittserklärung

Geschäftsstelle: stopconcussions Germany e.V.
Brüsseler Str. 1
30853 Langenhagen
Telefon: (0) 511 8979027
Telefax: (0) 511 8979035
Website: www.stopconcussions.de
E-Mail: info@stopconcussions.de

Herr/Frau/Firma _____

geb. am _____

Anschrift: _____

stellt hiermit den Antrag auf Aufnahme als ordentliches/förderndes Mitglied in den, als gemeinnützigen anerkannten Verein **stopconcussions Germany e.V.**

Nach erfolgter Aufnahme wird erklärt, dass entsprechend der bestehenden Satzung der Verein in seinen ideellen Zielen unterstützt wird.

Die Vereinssatzung ist für jedes Mitglied auf der Geschäftsstelle während der üblichen Geschäftszeiten einsehbar.

Das aufgenommene Mitglied erklärt sich im Weiteren damit einverstanden, dass der jährlich festgelegte Mitgliedsbeitrag in Höhe von **24,00 Euro**

von dem Konto _____ bei der _____

BLZ _____ bei Fälligkeit eingezogen wird. Die Kontoverfügbungsbefugnis wird versichert.

- Über geleistete Beitragszahlungen und Spenden erwarte ich die Übersendung einer Zuwendungsbestätigung des Vereins.
- Meine mitgeteilten persönlichen Daten werden unter Beachtung des BDSG für vereinsorganisatorische Zwecke gespeichert.

Ort, Datum

eigenhändige Unterschrift

Stopconcussions Germany e.V. mit Sitz in Langenhagen, eingetragen im Vereinsregister Hannover, Registernummer VR 202018. Vertretungsberechtigter Vorstand: Peter Ustorf, Ian Wood. Ust-IdNr./Steuer- Nr. wird erteilt. Kontoverbindung: Hannoverische Volksbank BLZ: 251 900 01 KTO: 0674300500 IBAN: DE23251900010674300500 SWIFT/BIC: VOHDE2HXXX

SEPA Direct Debit Mandate/SEPA-Lastschriftmandat

for SEPA Core Direct Debit Scheme/für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren

Creditor's Name & address

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)



stopconcussions
Germany e.V.

Creditor identifier/Gläubiger-Identifikationsnummer
Mandate reference/Mandatsreferenz

[Creditor's Name/Name des Zahlungsempfängers]

By signing this mandate form, you authorise

to send instructions to your bank to debit your account and your bank to debit your account in accordance with the instructions from

[Creditor's Name/Name des Zahlungsempfängers]

Ich/Wir ermächtige(n) [Name des Zahlungsempfängers], Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von [Name des Zahlungsempfängers] auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name of debtor/Kontoinhaber (Vorname, Name)
Street name and number/Straße, Hausnummer
Postal code and city/PLZ, Ort
Country/Land

Account number-IBAN/IBAN

Swift BIC/BIC ¹

Location, date/Ort, Datum	Signature(s)/Unterschrift(en)
---------------------------	-------------------------------

1 Hinweis: Ab 01.02.2014 kann die Angabe des BIC entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt.



SEPA Direct Debit Mandate/SEPA-Lastschriftmandat

for SEPA Core Direct Debit Scheme/für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren

Creditor's Name & address

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Wiederkehrende Zahlungen/
Recurrent Payments

Creditor identifier/Gläubiger-Identifikationsnummer
Mandate reference/Mandatsreferenz

[Creditor's Name/Name des Zahlungsempfängers]

By signing this mandate form, you authorise

to send instructions to your bank to debit your account and your bank to debit your account in accordance with the instructions from

[Creditor's Name/Name des Zahlungsempfängers]

Ich/Wir ermächtige(n) [Name des Zahlungsempfängers], Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von [Name des Zahlungsempfängers] auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name of debtor/Kontoinhaber (Vorname, Name)
Street name and number/Straße, Hausnummer
Postal code and city/PLZ, Ort
Country/Land

Account number-IBAN/IBAN

Swift BIC/BIC ¹

Location, date/Ort, Datum	Signature(s)/Unterschrift(en)
---------------------------	-------------------------------

¹ Hinweis: Ab 01.02.2014 kann die Angabe des BIC entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt.