

# projekt *Anna*

## Kinderhilfe Kaliningrad e.V.

Leopoldstr. 79  
80802 München  
Tel: 089-38 38 07 66  
[info@projekt-anna.de](mailto:info@projekt-anna.de)  
[www.projekt-anna.de](http://www.projekt-anna.de)

### Mitgliedsantrag

Ja, ich will **Mitglied** im Verein projekt Anna – Kinderhilfe Kaliningrad e.V. werden:

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

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Beitrag: € \_\_\_\_\_ (mind. € 25 / Jahr)  jährlich  halbjährl.  vierteljährl.  monatl.

#### **Für monatliche/viertel-/halbjährliche Zahlungen bitten wir um Einrichtung eines Dauerauftrages.**

Unsere Bankverbindung: Stadtparkasse München, (Konto-Nr. 903177376, BLZ: 701 500 00).  
IBAN: DE85 7015 0000 0903 1773 76, BIC: SSKMDEMMXXX

Es gilt ein 14tägiges Rücktrittsrecht von der Mitgliedschaft, das schriftlich geltend gemacht werden muss. Diese Frist gilt auch für Dauerspender. Mitglieder und Dauerspender können jederzeit ohne Angabe von Gründen schriftlich kündigen. ---- Bei Zuwendungen bis 200 € akzeptiert das Finanzamt den Kontoauszug mit der Überweisung als offizielle Zuwendungsbestätigung. So sollen ehrenamtlich arbeitende Vereine wie wir entlastet werden - auch, was die Portokosten angeht. Auf Wunsch stellen wir ab 50 € aber auch eine Zuwendungsbestätigung aus.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Gläubiger-ID-Nr.: DE31ZZZ00000425920

#### **Ermächtigung zum Einzug von Forderungen mittels SEPA-Lastschrift**

Ich / wir ermächtigen Sie widerruflich, von meinem / unserem Konto **jährlich** den Betrag von € \_\_\_\_\_ zu Lasten meines / unseres Kontos mittels Lastschrift einzuziehen. Wenn mein / unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung.

#### **Es gelten folgende Einzugsdaten:**

Beitritt im 1. Halbjahr: 15. Juli, Beitritt im 2. Halbjahr: 15. Dezember.

Fallen diese Daten auf ein Wochenende oder einen Feiertag, gilt der nächste Bankarbeitstag.

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.

Kreditinstitut (Name): \_\_\_\_\_

BIC (Bankleitzahl): \_\_\_\_\_

IBAN (Konto-Nr.): \_\_\_\_\_

Mandatsreferenz-Nr.: \_\_\_\_\_ (wird nachgereicht)

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift