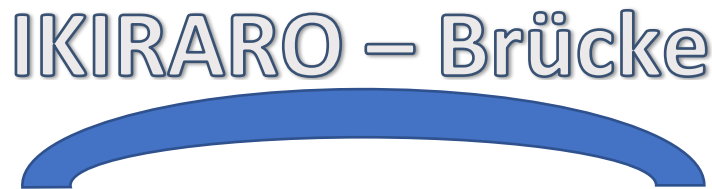


Freundeskreis IKIRARO e.V.
Vorsitzender: Bastian Behr
Babbenhausener Str. 52
32547 Bad Oeynhausen
E-Mail: info@Ruanda-Projekt.de
Internet: www.Ruanda-Projekt.de



An den Freundeskreis IKIRARO e.V.
Bad Oeynhausen / Porta Westfalica mit Ruli / Ruanda
Spandauer Weg 10
32547 Bad Oeynhausen

Hiermit beantrage(n) ich/wir die Aufnahme in den Freundeskreis IKIRARO e.V.

Anrede/Titel:	_____
Name:	_____
Vorname:	_____
Straße:	_____
PLZ, Wohnort:	_____
Telefon:	_____
E-Mail:	_____
Fax:	_____
Geb. – Datum:	_____

Der Jahresbeitrag beträgt 12,00€ und wird im Lastschriftverfahren eingezogen.
Bitte füllen Sie umseitig das SEPA-Lastschriftformular aus

12€ pro Person zusätzliche jährliche Spende _____ €

Ich/Wir wünsche(n) regelmäßige Informationen über die Aktivitäten
des Freundeskreis IKIRARO e.V.

Ort/Datum/Unterschrift

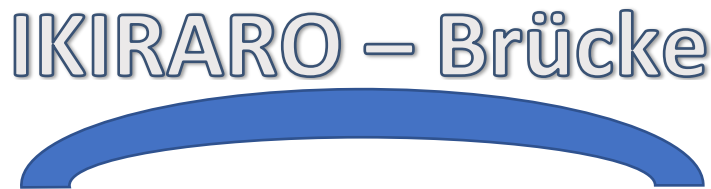
Ort/Datum/ bei Minderjährigen: Unterschrift eines(r) gesetzlichen Vertreters(in)

Datenschutz:

Ich akzeptiere die Verwendung und Verarbeitung meiner Daten gem. der Datenschutzerklärung.

[Link zur Datenschutzerklärung](#)

Freundeskreis IKIRARO e.V.
Vorsitzender: Bastian Behr
Babbenhausener Str. 52
32547 Bad Oeynhausen
E-Mail: info@Ruanda-Projekt.de
Internet: www.Ruanda-Projekt.de



SEPA-Lastschriftmandat

Name des Zahlungsempfängers:

Freundeskreis IKIRARO Bad Oeynhausen/ Porta Westfalica mit Ruli/Ruanda

Anschrift des Zahlungsempfängers: Spandauer Weg 10

Postleitzahl und Ort Land: 32547 Bad Oeynhausen Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE20ZZZ00002025745

Mandatsreferenz

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger **Freundeskreis IKIRARO Bad Oeynhausen/ Porta Westfalica mit Ruli/Ruanda**, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger **Freundeskreis IKIRARO Bad Oeynhausen/ Porta Westfalica mit Ruli/Ruanda** auf mein / unser 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.

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung Einmalige Zahlung

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)* * Angabe freigestellt

Straße und Hausnummer: _____

Postleitzahl und Ort: _____

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 34 Stellen):

BIC (8 oder 11 Stellen):

Hinweis: Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn der Zahlungsdienstleister des Zahlungspflichtigen in einem EU-/ EWR-Mitgliedsstaat ansässig ist.

Ort, Datum

Unterschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhabers)