



Wissenschaftsforum Hamburg e. V.

Bei der Pulvermühle 16

22453 Hamburg

www.wissenschaftsforum-hamburg.de

info@wissenschaftsforum-hamburg.de

Eintrittserklärung

Vorname: Geburtsdatum:

Name: Telefon:

Straße und Nr.: E-Mail:

PLZ + Ort: männlich / weiblich

Eintrittsdatum: Fachgebiet:

Titel: Beruf:

Meine jährliche Zahlung setzt sich zusammen aus

35 € Mitgliedsbeitrag +

___€ regelmäßiger Spende.

Ich spende einmalig _____ €.

Hiermit erkenne ich die Satzung des Wissenschaftsforum Hamburg e.V. als für mich verbindlich an.

Ort, Datum

Unterschrift

Bitte füllen Sie **unbedingt** das umseitige Lastschriftmandat aus. Der Verein wird ehrenamtlich geführt. Wir sind deshalb darauf angewiesen, die Verwaltungsarbeit und unvermeidbare Kosten so gering wie möglich zu halten. →

SEPA-Lastschriftmandat
SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

Wissenschaftsforum Hamburg e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Bei der Pulvermühle 16

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

22453 Hamburg

Land / Country:

Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

DE 1 0 9 1 6 0 0 0 0 1 9 4 5 8 0 9

Mandatarferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandata reference (to be completed by the creditor):

J a h r e s b e i t r a g

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) 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 acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Beitrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor (name see above) to send instructions to your bank to debit your account and (B) 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*

* Angabe freiwillig / Optional information

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):

Hinweis: Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn die IBAN des Zahlungspflichtigen mit DE beginnt.
 Note: If the creditor's IBAN is beginning with DE, the use of the BIC could be omitted.

Ort / Location:

Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor:

Bitte die Beitrittserklärung und das Lastschriftmandat per E-Mail (s. umseitig), per Post (s. umseitig) oder per Fax an 040 180 59 627 senden.