

**Beitrittserklärung  
oder  
Spende mittels Lastschrift**



**AK INTEGRATION**  
SCHOPFHEIM E.V.  
**hilft**

Hiermit trete ich dem **AK Integration Schopfheim e.V.** als Mitglied bei.

Name, Vorname:

.....

Geburtsdatum:

.....

Straße und Hausnummer

PLZ

Wohnort

.....

.....

.....

Email

Telefon (freiwillig)

.....

.....

**Mein Mitgliedsbeitrag ..... € jährlich / Meine Spende .... € einmalig**

*Mitglied-Mindestbeitrag für natürliche Personen: 20 € jährlich*

*Mitglied-Mindestbeitrag für juristische Personen: 50 € jährlich*

Datum

Unterschrift

.....

Spendenbescheinigung erwünscht

Eine Spendenbescheinigung wird Ihnen auf Wunsch kurz nach Jahresende automatisch zugesandt.

*Weitere Spenden für unsere Aktivitäten werden gerne entgegengenommen.*

*Eine Spendenbescheinigung wird bei Beträgen ab 300 € baldmöglichst zugestellt.*

*Bei geringeren Beträgen reicht dem Finanzamt ein einfacher Kontoauszug, eine Buchungsbestätigung der Überweisung oder ein Einzahlungsbeleg.*

**Unser Konto:**

**AK Integration Schopfheim e.V.**

IBAN: DE91 6835 1557 0003 2289 05

BIC: SOLADESISFH

Sparkasse Wiesental

**Mail: [info@aki-schopfheim.de](mailto:info@aki-schopfheim.de)**

**Web: [www.aki-schopfheim.de](http://www.aki-schopfheim.de)**

# Ertelung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

**Name des Zahlungsempfängers:**

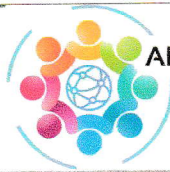
AK Integration Schopfheim e.V.

**Anschrift des Zahlungsempfängers****Straße und Hausnummer:**

Austraße 7

**Postleitzahl und Ort:**

79650 Schopfheim

**AK INTEGRATION**  
SCHOPFHEIM E.V.  
hilft**Gläubiger-Identifikationsnummer:**

DE7700100000449439

**Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):**

Spende / Mitgliedsbeitrag (bitte unzutreffendes streichen)

**Einzugsermächtigung:**

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben) widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem / unserem Konto einzuziehen.

**SEPA-Lastschriftmandat:**

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 Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

**Zahlungsart:**

(Hier bitte zutreffendes ankreuzen)

 Wiederkehrende Zahlung  Einmalige Zahlung**Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):****Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)****Straße und Hausnummer:****Postleitzahl und Ort:****IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen):**

DE

**BIC (8 oder 11 Stellen):**

DE

**Ort:****Datum (TT/MM/JJJJ):****Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):**

Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Lastschrift wird mich / uns der Zahlungsempfänger (Name siehe oben) über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten.