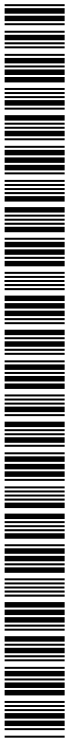


Antrag auf Mitgliedschaft bei ISA Islamische Sozialarbeit Ingolstadt e.V.

Persönliche Angaben		
Anrede	<input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> Frau
Vorname	Nachname	Geburtsdatum
Kontaktdaten		
Telefon	E-Mail	
Adresse		
Straße und Hausnummer	Postleitzahl	Ort
Art der Beantragten Mitgliedschaft		
<input type="checkbox"/> Ordentliche aktive Mitgliedschaft	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft mit seelsorgerischer und/oder sozialer Tätigkeit im Auftrag des Vereins	
Anerkennung der Regularien des Vereins		
Mit der Aufnahme in den Verein erhalte ich Kenntnis über die Satzung in ihrer aktuellen Version, erkenne diese an und zahle		
<input type="checkbox"/> den Beitragssatz von 10 € pro Monat für ordentliche Mitglieder		
<input type="checkbox"/> einen freiwilligen Beitrag von ____ € pro Monat für Mitglieder, die im Rahmen des Vereins ehrenamtlich seelsorgerisch und/oder sozial tätig werden		
Mitgliedsbeitrag		
<input type="checkbox"/> Monatlich	<input type="checkbox"/> Halbjährlich	<input type="checkbox"/> Jährlich
<input type="checkbox"/> Per Barzahlung in die Vereinskasse		<input type="checkbox"/> Per Überweisung
Datenschutz		
Mit der Speicherung, Übermittlung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für Vereinszwecke gemäß Bundesdatenschutzgesetz bin ich einverstanden.		
Ort, Datum		Unterschrift

Vom Vorstand auszufüllen	
<input type="checkbox"/> Der Antrag wurde angenommen mit der Mitgliedsnummer	
<input type="checkbox"/> Der Antrag wurde abgelehnt	
Ort, Datum	Unterschrift Vorstand



0123456789012345678901

SEPA-Lastschriftmandat SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

Land / Country:

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):

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.

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 freigestellt / Optional information

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

Land / Country:

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 34 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 34 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: