

MITGLIEDSFORMULAR

Zuname : Vorname:

Titel : Geschlecht: männlich weiblich

Geburtsdatum : Adresse:

Telefon : Email:

Referenzperson :

Bitte ankreuzen:

ordentliche Mitgliedschaft **außerordentliche Mitgliedschaft** **Ehrenmitgliedschaft**

Monatlicher Mindestbeitrag: gewünschter Fälligkeitstag:

SEPA Lastschrift-Mandat

ZAHLUNGSEMPFÄNGER: **Friede – Institut für Dialog**
Hoher Markt 1/1/III, 1010 Wien

MANDATSREFERENZ/MITGLIEDSNR:

CREDITOR-ID:

Ich ermächtige/ Wir ermächtigen das „**Friede – Institut für Dialog**“, Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/ weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom „**Friede – Institut für Dialog**“ auf mein/ unser Konto gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen.

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.

Name:.....

Anschrift:.....

.....

IBAN: BIC:.....

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift

VORSTANDBESCHLUSS

Mit Beschluss des Vorstandes vom:..... / / wird das Ansuchen um Mitgliedschaft akzeptiert.

Obmann /-frau: Schriftführer: Datum:

Hiermit gebe ich bekannt, dass alle Angaben der Wahrheit entsprechen.

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift