



Känguruh

Gemeinnütziger Verein der Freunde und Förderer
der Kinder- und Jugendmedizin Fulda e. V

Pacelliallee 4
36043 Fulda

Tel.: 0661/845571
Fax : 0661/845573

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in den gemeinnützigen Förderverein
für Kinder- und Jugendmedizin, Känguruh, e. V.

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Straße _____

PLZ/Ort _____

Telefon _____

Fulda, den _____

Unterschrift

Der Jahresbeitrag in Höhe von 6,00 € darf jährlich von folgendem
Konto abgebucht werden:

SEPA-Lastschriftmandat

SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

"Känguruh" Verein der Freunde und Förderer der Kinder- und Jugendmedizin Fulda e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address:

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Pacelliallee 4

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

36043 Fulda

Land / Country:

Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

DE85KEV00000935750

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen)

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / von 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 gezogene 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 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.

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. Your rights are explained in a statement that you can obtain from your bank.

Zahlungsart / Type of payment:

Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment

Einmalige Zahlung / One-off payment

Name des Zahlungspflichtigen / Debtor name:

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontinhaber) / Debtor address

Straße und Hausnummer / Street name and number:

[REDACTED]

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

[REDACTED]

Land / Country:

Deutschland

IBAN des Zahlungspflichtigen (max 35 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 35 characters):

[REDACTED]

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 debtor's IBAN begins with DE, the BIC can be omitted.

Ort / Location

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

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