



Ihre Mitgliedschaft hilft Tieren & Leben zu retten

MITGLIEDSANTRAG

Wir sind als gemeinnützig und besonders förderungswürdig anerkannt. Beiträge und Spenden können Sie in Ihrer Einkommensteuererklärung gem. §10 EStG geltend gemacht werden.

Beitrittserklärung:

	Mitgliedschaft	Kosten / Monat	bzw. Kosten / Jahr	
<input type="checkbox"/>	Tier-Ambulanz-Mitgliedschaft	7 EUR	84 EUR	bei Zahlung des gesamten Jahresbeitrages ist 1 Einsatz / Kalenderjahr der Tierambulanz kostenfrei (Grundpauschale entfällt)
<input type="checkbox"/>	Familienmitgliedschaft	2 EUR	24 EUR	
<input type="checkbox"/>	Fördermitgliedschaft	4 EUR	48 EUR	

Hiermit erkläre ich mich bereit aktiv bei der Tierrettung LV Südbaden e.V. mitzuarbeiten.

Nachname:		Beruf:	
Vorname:		Festnetz:	
Strasse:		Fax:	
Postleitzahl:		Mobil:	
Ort:		eMail:	
Geburtsdatum:		Sonstige:	

Ich habe ___ Hund(e), ___ Katze(n), ___ andere(s) Kleintier(e), ___ Pferde etc. _____

Ich möchte der Tierrettung zusätzlich eine Spende von _____ EUR zukommen lassen.

Mit dem Lastschriftverfahren bin ich einverstanden.

Von meiner Beitrittserklärung kann ich binnen einer Woche ab Zusendung zurücktreten. Der Rücktritt hat schriftlich zu erfolgen.

Ort, Datum

Unterschrift

Die Tierrettung LV Südbaden e.V.

Festnetz: 0 77 32/94 11 64

Fax: 0 77 32/9 40 68 14

Mail: info@tierrettung-suedbaden.de

www.tierrettung-suedbaden.de

Bankverbindung:

Volksbank Singen

IBAN: DE4469290000036528800

BIC: GENODE61SIN

Eingetragener Verein

Vereinsregister des Amtsgerichts

Radolfzell VR 402

1/1

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Name des Zahlungsempfängers:

Tierrettung LV Südbaden e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers**Straße und Hausnummer:**

Lochgasse 3

Postleitzahl und Ort:

78315 Radolfzell am Bodensee

Gläubiger-Identifikationsnummer:**Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):****Einzugsermächtigung:**

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger "**automatisierter Name Zahlungsempf. von 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 "**automatisierter Name Zahlungsempf. von oben**" Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger "**automatisierter Name Zahlungsempf. von 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:

Wiederkehrende Zahlung

Einmalige Zahlung

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

D E

BIC (8 oder 11 Stellen):

D E

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