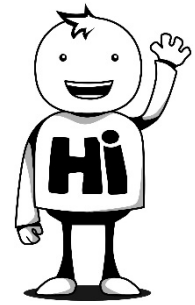


Kongenitaler Hyperinsulinismus e.V.
c/o Ulrike Seyfarth
Rigaer Straße 87
10247 Berlin



Beitrittserklärung Kongenitaler Hyperinsulinismus e.V.

Name: _____ Vorname: _____

Anschrift: _____

E-Mail: _____

Telefon: _____ Geburtstag: _____

Ich möchte die Ziele und Aufgaben des oben genannten Vereins unterstützen als

- Ordentliches Mitglied**, sofern du einen (ehemals) erkrankten Angehörigen hast oder selbst erkrankt bist
 - jährlicher Beitrag satzungsgemäß € 25,00
 - freiwillig höherer Beitrag von € _____
 - zusätzlich treten mein(e) Ehe-/LebenspartnerIn und/oder Kinder beitragsfrei bei (für betroffene Familien ist pro Jahr insgesamt nur ein Mitgliedsbeitrag zu entrichten)

Name	Vorname	Geburtsdatum	Unterschrift

(Kinder sind bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres beitragsfrei)

Fördermitglied, wenn du den Verein durch eine Mitgliedschaft unterstützen möchtest

jährlicher Beitrag satzungsgemäß **€ 25,00**

freiwillig höherer Beitrag von € _____

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt in den o.g. Verein und erkenne die Satzung an.

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

Die Mitgliedschaft ist erst mit dem Ausfüllen des SEPA-Lastschriftmandats (siehe Seite 3) gültig.

Anschrift:
Kongenitaler Hyperinsulinismus e.V.
Ulrike Seyfarth
Rigaer Straße 87
10247 Berlin

Kommunikation:
Telefon: 0176-92448289
E-Mail: verein@hyperinsulinismus.de
Homepage: www.hyperinsulinismus.de

Bankverbindung:
Kreditinst.: GLS Bank Berlin
IBAN: DE55430609671124867700
BIC: GENO DE M1 GLS
Steuernr.: 27/670/61090
Register: AG Charlottenburg VR 31069 B

SEPA Lastschriftmandat
SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:
Kongenitaler Hyperinsulinismus e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor adress:
Straße und Hausnummer / Street name and number:
Rigaer Str. 87
Postleitzahl und Ort / Postal code and city: **10247 Berlin** Land / Country: **Deutschland**

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:
DE32ZZZ00000211823

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

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger 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 the creditor to send instructions to your bank to debit your account and 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.

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:
Straße und Hausnummer / Street name and number:

Postleitzahl und Ort / Postal code and city: Land / Country:

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

BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):

Ort / Location: Datum / Date:

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