



## Beitrittserklärung

Hiermit erklären wir/ich unseren/meinen Beitritt zu  
**OURCHILD e.V. Intern. Kinderhilfswerk mit Sitz in Bad Sulza**

Name:..... Vorname:.....

Organisation:.....

Geburtsdatum:..... Beruf:.....

Anschrift:.....

Telefon: ..... Fax:.....

E-Mail: .....

Beitrag pro Jahr:

24 Euro

\_\_\_\_\_ Euro

48 Euro

---

Ort, Datum

Unterschrift

### EINZUGSERMÄCHTIGUNG

Ich ermächtige OURCHILD e.V., den oben genannten Betrag von meinem Konto einzuziehen.  
Hierfür fülle ich das SEPA- Lastschriftmandat auf der Rückseite dieses Schreibens aus.

---

Ich werde ab \_\_\_\_\_ einen Dauerauftrag einrichten. Die monatliche Überweisung erfolgt zum:

Ende des Monats

Mitte des Monats

OURCHILD e.V. \* Intern. Kinderhilfswerk \* Rudolf-Gröschner-Straße 11 \* 99518 Bad Sulza  
Tel. 036461/ 9 20 81 39 \* Fax 036461/ 9 2083 \* e-mail: [info@ourchild.de](mailto:info@ourchild.de) \* [www.ourchild.de](http://www.ourchild.de)

Vorstandsvorsitzende: Marion Schneider \* Vereinsregister Apolda Nr. 300

**SPENDENKONTO 535 555 555 BLZ 820 510 00 Sparkasse Mittelthüringen**

**BIC: HELADEF1WEM IBAN: DE49 8205 1000 000535 555 555**

Durch den Freistellungsbescheid des Finanzamt Gera vom 14.02.2011 \* StNr. 162/142/00426 sind wir als ausschließlich und unmittelbar gemeinnützigen Zwecken dienend anerkannt

SEPA-Lastschriftmandat  
SEPA Direct Debit Mandate

Zahlungsempfänger  
<->  
Zahlungspflichtigen

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