



FREUNDE DES KUPFERSTICH-KABINETTS DRESDEN

Mitgliedschaft im Verein der Freunde des Kupferstich-Kabinetts Dresden e.V.
verschenken

Daten des neuen Mitglieds

Familienname: _____ Vorname: _____
 Straße: _____ PLZ, Ort: _____
 Telefon / Fax: _____ E-Mail: _____

Meine/unsere Daten

Familienname: _____ Vorname: _____
 Straße: _____ PLZ, Ort: _____
 Telefon / Fax: _____ E-Mail: _____

Hiermit bitte ich / bitten wir um meine/unsere Mitgliedschaft in der durch Ankreuzen gekennzeichneten Form:

Ich möchte die Mitgliedschaft verschenken. Sie gilt ein Jahr für die nachfolgende Person und erlischt danach automatisch. Der Mitgliedsausweis muss an den Verein zurückgesandt werden.

Regulärer Jahresbeitrag	<input type="checkbox"/> 100,00 Euro	Zuzüglich:	Partnertarif	<input type="checkbox"/> 50,00 Euro
Seniorenbeitrag	<input type="checkbox"/> 70,00 Euro			
Ermäßigter Jahresbeitrag	<input type="checkbox"/> 50,00 Euro	(für Mitglieder bis 30 Jahre bzw. auf begründeten Antrag)		
Gesamtsumme Mitgliedsbeitrag / -beiträge		_____ Euro		

Bitte schicken Sie die Mitgliedsunterlagen in meinem Namen direkt an die zu beschenkende Person.
 Ich möchte die Mitgliedschaft selbst überreichen. Bitte senden Sie die Unterlagen an die angeführte Anschrift des Kontoinhabers.

Den Mitgliedsbeitrag werde ich/werden wir überweisen. (Bitte Rechnung abwarten.)
 Mit der Abbuchung des Mitgliedsbeitrages bin ich/sind wir einverstanden. (SEPA-Lastschriftmandat)

Ort, Datum

Unterschrift

SEPA-Lastschriftmandat SEPA Direct Debit Mandate

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 "**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.

By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor "**automatisierter Name Zahlungsempf. von oben**" 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 "**automatisierter Name Zahlungsempf. von oben**".

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

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