

BEITRITTSERKLÄRUNG



Postfach 103 113
66031 Saarbrücken
www.tvg-saar-vegan.de/

**Ich erkläre hiermit meinen Beitritt in den Verein
"Tierbefreiungsoffensive Saar e. V."**

Mitgliedsbeitrag jährlich (Mindestbeitrag)

für Erwachsene	Euro 22,00	<input type="checkbox"/>
Jugendliche, Rentner, Arbeitslose	Euro 11,00	<input type="checkbox"/>
Kinder mit Erlaubnis der Eltern	Euro 11,00	<input type="checkbox"/>
sonstiger freiwilliger Betrag (bitte eintragen)	Euro _____	<input type="checkbox"/>

aktiv: _____ fördernd _____

Name: _____ Vorname: _____

PLZ: _____ Ort: _____ Straße: _____

Geb.Dat.: ____ . ____ . ____ Tel.: _____

Mailadresse: _____

Eintrittsdatum: ____ . ____ . 2 ____ Unterschrift: _____

oder des Erziehungsberechtigten

EINZUGSERMÄCHTIGUNG

(bitte auf Rückseite ausfüllen)



Menschen für Tierrechte – Tierversuchgegner Saar
www.tvg-saar-vegan.de

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA -Lastschriftmandats

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers:

Tierbefreiungsoffensive Saar e. V.

Straße und Hausnummer: Postfach 103 113

Postleitzahl und Ort: 66031 Saarbrücken

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE77ZZZ00001219037

Mandatsreferenz vom Zahlungsempfänger auszufüllen:

Einzugsermächtigung:

Ich ermächtige / Wir ermächtigen die „Tierbefreiungsoffensive Saar e. V.“ widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem / unseren Konto einzuziehen.

Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger „Tierbefreiungsoffensive Saar e. V.“ auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger „Tierbefreiungsoffensive Saar e. V.“ Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger „Tierbefreiungsoffensive Saar e. V.“ 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 und Anschrift des/der zahlungspflichtigen Mitglieds/Mitglieder:

Straße und

Hausnummer: _____

Postleitzahl: _____ Ort: _____

Abweichender Kontoinhaber: (nur ausfüllen, wenn Kontoinhaber und Mitglied/er nicht identisch sind)*

Kontonummer: _____

Bankleitzahl (BLZ) _____

IBAN (max. 22 Stellen): _____

BIC (8 oder 11 Stellen): _____

Ort: _____ Datum: _____

Unterschrift des Zahlungspflichtigen

oder Unterschrift des Kontoinhabers *