

LIBERO Beitrittserklärung

Ausschneiden und einsenden an

LIBERO e.V.
Eickweg 4
38120 Braunschweig

Ja,

ich möchte bis auf Widerruf Mitglied im Verein "LIBERO - Hilfe für das Kind mit Krankheiten des Nervensystems e.V." werden.

Ich möchte meinen monatlichen Mitgliedsbeitrag auf _____ Euro festsetzen und ab _____ zahlen (der monatliche Mindestbeitrag beträgt 3,00 Euro).

Da der Verein LIBERO als gemeinnützig anerkannt ist, ausschließlich und unmittelbar steuerbegünstigten Zwecken dient, sind Spenden und Mitgliedsbeiträge im Sinne des §10 EStG, §9, Nr. 3 KStG voll abzugsfähig. - FA Braunschweig, Juli 2000 -

Ich bin damit einverstanden, dass die Beiträge für die restlichen Monate des *laufenden* Jahres am _____ in einer Summe eingezogen werden. Für die *Folgejahre* werden die Beiträge jährlich am 1.5. bzw. am folgenden Werktag in einer Summe für alle 12 Monate des Kalenderjahres eingezogen. **Hierfür erteile ich Ihnen auf der Rückseite das SEPA-Lastschriftmandat.**

Ich überweise die Beiträge auf eines der folgenden Konten:

Bankbezeichnung	IBAN	BIC
Nord LB Braunschweig	DE82 2505 0000 0002 8039 55	NOLADE2HXXX
Sparkasse Hildesheim Goslar Peine	DE78 2595 0130 0044 0110 00	NOLADE21HIK

- Ich bin ein Fördermitglied.
 Wir sind eine betroffene Familie.

Unser Kind heißt _____ und wurde am _____ geboren.

1. Geschwisterkind heißt _____ geb. am _____
2. Geschwisterkind heißt _____ geb. am _____
3. Geschwisterkind heißt _____ geb. am _____

Meine Adresse, damit ich alle Informationen über LIBERO zugeschickt bekomme:

Name, Vorname _____
Straße _____
Wohnort _____
Telefon _____

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

SEPA-Lastschriftmandat für

LIBERO – Hilfe für das Kind mit Krankheiten des Nervensystems e.V.
(Gläubiger-ID: DE12ZZZ00000260780)

Ich ermächtige den Verein „LIBERO – Hilfe für das Kind mit Krankheiten des Nervensystems e.V.“ Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von diesem Verein auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: ich kann (Wir können) innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut getroffenen Bedingungen.

Mandatsreferenz: Mitgliedsnummer (wird mit der Anmeldebestätigung mitgeteilt)

Name und Anschrift des Kontoinhabers:

Kreditinstitut/Bank:

IBAN (siehe Bankkarte)

BIC (siehe Bankkarte)

Einmalige Zahlung _____ €, Einzug soll erfolgen am _____*

Wiederkehrende Zahlungen (für die Folgejahre jeweils 12 Monatsbeiträge) _____ €
Einzug erfolgt am 01.05. des Jahres (wenn der Fälligkeitstag ein arbeitsfreier Tag/Feiertag ist, gilt der nächste Werktag).

Ort, Datum _____ Unterschrift _____