



Eintrittsgesuch

Bitte in Druckschrift ausfüllen

Name: _____ Vorname: _____
Straße: _____ PLZ/Wohnort: _____
Telefon: _____ Geburtsdatum/Ort: _____
Geschl.: ____ Beruf: _____ Email Adresse: _____

Datum/Unterschrift

des Antragstellers: _____

Ich stimme dem Eintritt zu und zahle die Beiträge zu Beginn des Kalenderhalbjahres
(ermäßigter Beitrag nur nach Vorlage des Schüler/Studentenausweises und bis zum vollendeten 27.LJ möglich).

Unterschrift des Gesetzlichen Vertreters: _____
(nur bei Eintritt vor Vollendung des 18.Lebensjahres)

SEPA Lastschriftmandat

Gläubiger Identifikationsnummer -Mandatsreferenz Mitgliedsnummer

Ich ermächtige Wape Nafasi Deutschland e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von Wape Nafasi e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung zum ersten Bankarbeitstages jeden Halbjahres.

Name des kontoführenden Geldinstitutes

IBAN

BIC

Name und Anschrift des Kontoinhabers

Datum

Unterschrift des Kontoinhabers