



## BEITRITTSERKLÄRUNG

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Council of International Fellowship Deutschland e.V. ab

.....

## Persönliche Angaben

Name, Vorname

Geburtsdatum

PLZ, Ort

Straße, Hausnummer

Telefon

E-Mail-Adresse

**Teilnahme CIF- / CIP-Austauschprogramm (IPEP):** ja  nein

Teilnahme-Jahr: ..... Land ..... Ort .....

Beruf .....

Gegenwärtige Tätigkeit .....

Ehrenamt .....

## Mitgliedsbeitrag

Der Mitgliedsbeitrag beträgt z.Zt. **mindestens € 30,- / Jahr** und ist im März des Jahres fällig.

Mein jährlicher Mitgliedsbeitrag beträgt .....€ (ein freiwilliger höherer Förderbeitrag ist auch möglich).

## SEPA-Lastschrift-Mandat

Ich ermächtige CIF-Deutschland bis auf Widerruf, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von CIF-Deutschland auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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.

IBAN: 

|   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| D | E |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Gläubiger-Identifikations-Nr.: DE73ZZZ00000434961

Die Mandatsreferenz zu dieser Einwilligung wird separat mitgeteilt.

Die **Datenschutzbestimmungen** habe ich zur Kenntnis genommen und akzeptiere sie.

Ort, Datum

Unterschrift

Bitte senden an: info@cif-germany.de