

Ornithologenverband Sachsen-Anhalt e.V.

OSA e.V., gegründet 1991



(bitte senden an:)

Ornithologenverband Sachsen-Anhalt e.V.
Schatzmeister Jasper Wehrmann
Schmerwitz 33

14827 Wiesenburg/Mark

Aufnahmeantrag

Hiermit bitte ich um Aufnahme in den Ornithologenverband Sachsen-Anhalt e.V. (OSA) mit Wirkung vom 01. Januar des Jahres **20**.....

als (bitte ankreuzen:)

- ordentliches Mitglied (Jahresbeitrag 20 €, kostenfreier Bezug der Verbandszeitschrift APUS)
- außerordentliches Mitglied (Jahresbeitrag 5 €, kein APUS-Bezug)
- Lebenslanges Mitglied (wie ordentliches Mitglied mit einmalig 20-fachem Beitrag = 400 €)

Zudem bieten wir Schülern, Studenten, Arbeitslosen auf Nachweis (Kopie des Studentenausweises bzw. der Immatrikulationsbescheinigung, Arbeitslosengeld- Bescheids) einen ermäßigten Beitragssatz von 15 € an. Rentner gehören nicht in diese Gruppe.

Zur Zahlweise:

- Ich möchte den Mitgliedsbeitrag mit Zahlschein selbst überweisen
- Ich möchte, dass mein Mitgliedsbeitrag alljährlich bequem zum Stichtag von meinem Konto als Lastschrift abgebucht wird (Formular siehe Anhang, bitte ausfüllen und mitschicken, eine Kopie wird für Ihre Unterlagen an Sie zurückgeschickt!)

Name, Vorname:

Anschrift:.....

E-Mail:.....

Geburtsdatum (...für die Statistik des Verbandes):.....

Mit meiner pünktlichen Beitragszahlung erkenne ich die Satzung des OSA an.

Ort, Datum, Unterschrift:.....

www.osa-internet.de

Bankverbindung: Saalesparkasse Halle/Saale · IBAN: DE13 8005 3762 1894 0129 80 ·

BIC: NOLADE21HAL

Spenden sind steuerlich absetzbar · Steuernummer: 117/142/01575



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 (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe 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 (name see above) 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 (name see above).

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:

Hinweis: Meine / Unsere Rechte zu dem obigen Mandat sind in einem Merkblatt enthalten, das ich / wir von meinem / unserem Kreditinstitut erhalten kann.
Note: Your rights regarding the above mandate are explained in a statement that you can obtain from your bank.