

**Verein der Freunde und Förderer des Chirurgischen Zentrums
am Klinikum Köln-Merheim e.V.**



www.vff-merheim.de

Bitte dieses Formular herunterladen, in PDF ausfüllen, unterschreiben, speichern und zusammen mit dem ausgefüllten SEPA-Mandat (s. Seite 2) an kontakt@vff-merheim.de senden. Herzlichen Dank!

Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im

Verein der Freunde und Förderer des Chirurgischen Zentrums am Klinikum Köln-Merheim e.V.

Name: _____ Vorname: _____
Straße: _____ PLZ, Ort: _____
geboren am: _____
Telefon: _____ Mobil: _____

Der Mitgliedsbeitrag für das Kalenderjahr beträgt aktuell EUR 50,00.

Die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten zur Verwaltung meiner Mitgliedschaft durch den Verein der Freunde und Förderer des Chirurgischen Zentrums am Klinikum Köln-Merheim e.V. nehme ich zur Kenntnis.

Hinweise zum Thema Datenschutz finde ich auf der Website www.vff-merheim.de/datenschutz/.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Vorstand:
Lutz Schade
Renate Streit
Prof. Dr. jur. Ralf Josten, LL.M. oec.

Steuernummer: 218/5766/0423 / Finanzamt Köln-Ost

Vereinsregister:
Amtsgericht Köln
VR 15105

Bankverbindung:
DE97 3705 0299 0000 3406 89
Kreissparkasse Köln
(BIC: COKSDE33xxx)

SEPA-Gläubiger-ID: DE21ZZZ00000305141

SEPA-Lastschriftmandat SEPA Direct Debit Mandate

Bitte diese 2. Seite auch ausfüllen und unterschreiben, danke!

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

Verein der Freunde und Förderer des Chirurg. Zentrums am Klinikum Köln-Merheim e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address**Straße und Hausnummer / Street name and number:**

Ostmerheimer Str. 200

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

51109 Köln

Land / Country:

Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

DE21ZZZ00000305141

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger **Verein der Freunde und Förderer des Chirurg. Zentrums am Klinikum Köln-Merheim e.V.**, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger **Verein der Freunde und Förderer des Chirurg. Zentrums am Klinikum Köln-Merheim 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.

By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor **Verein der Freunde und Förderer des Chirurg. Zentrums am Klinikum Köln-Merheim e.V.** 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 **Verein der Freunde und Förderer des Chirurg. Zentrums am Klinikum Köln-Merheim e.V.**

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***

* Angabe freigestellt / Optional information

Straße und Hausnummer / Street name and number:**Postleitzahl und Ort / Postal code and city:****Land / Country:****IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 34 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 34 characters):****BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):**

Hinweis: Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn der Zahlungsdienstleister des Zahlungspflichtigen in einem EU-/ EWR-Mitgliedsstaat ansässig ist.

Note: The BIC is optional when Debtor Bank is located in a EEA SEPA country.

Ort / Location:**Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):****Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor:**