



# ANTRAG AUF MITGLIEDSCHAFT

Ich möchte die Arbeit des HIBA e.V. durch meine Mitgliedschaft unterstützen.

Vorname, Name \_\_\_\_\_

Straße, Nr. \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_

Telefon, Email \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

HIBA e.V.  
Schulstraße 4  
57537 Wissen

IK: 500 711 384  
Tel.: 0 27 42 - 49 67  
Fax: 0 27 42 - 71 01 2

Der Mitgliedsbeitrag beträgt mindestens 15,-€ jährlich und ermäßigt sich für Auszubildende, Schüler, Studenten etc. auf 10,-€.

**Bitte die Höhe des Mitgliedsbeitrages im SEPA - Lastschriftmandat eintragen.**

Der Mitgliedsbeitrag wird ausschließlich für satzungsgemäße Zwecke verwandt.

**x** \_\_\_\_\_ **x** \_\_\_\_\_  
Ort, Datum Unterschrift

HIBA e.V.  
Schulstraße 4, 57537 Wissen  
Gläubiger-Identifikationsnummer:  
Mandatsreferenz:

**DE50ZZZ00000512005**  
wird separat mitgeteilt

## SEPA - Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger HIBA e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger HIBA 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.

Höhe des einzuziehendes Mitgliedsbeitrages: \_\_\_\_\_ €.

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

Bank – BIC: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

IBAN: DE \_\_\_\_\_

**x** \_\_\_\_\_ **x** \_\_\_\_\_  
Ort, Datum Unterschrift

Mail: HIBA@HIBAEV-AK.de  
Web: www.HIBAEV-AK.de

KSK Altenkirchen  
DE38 5735 1030 0000 0035 66

Sozialbank Köln  
DE08 3702 0500 0007 0709 00