



Verein für Kontakte zu Ländern der ehemaligen Sowjetunion  
Feurigstraße 68 · 10827 Berlin  
030/78 70 52 88 · [info@kontakte-kontakty.de](mailto:info@kontakte-kontakty.de)

## Antrag auf Fördermitgliedschaft

Ich möchte die Arbeit von KONTAKTE-KOHTAKTb! e.V. durch eine Fördermitgliedschaft unterstützen.

.....  
Name, Vorname

.....  
Geburtsdatum

.....  
Anschrift

.....  
Telefon

Ich bin einverstanden, von KONTAKTE-KOHTAKTb! e.V. per E-Mail über Veranstaltungen und andere Aktivitäten informiert zu werden

.....  
E-Mail

Ich unterstütze KONTAKTE-KOHTAKTb! e.V. mit einem Förderbeitrag von .....€

jährlich       halbjährlich       vierteljährlich       monatlich  
(Der Mindestbeitrag pro Jahr beträgt 41 €, ermäßigt 20 €)

Mir ist bekannt, dass mit einer Fördermitgliedschaft keine weiteren Pflichten und Rechte verbunden sind.

**Datenschutzhinweis:** Ich bin hiermit darüber informiert, dass KONTAKTE-KOHTAKTb! e.V. zur Erfüllung seiner satzungsgemäßen Aufgaben personenbezogene Angaben über mich mit Hilfe von Computern (automatisiert) verarbeitet. Die für den Beitragseinzug gemäß SEPA-Mandat nötigen Daten werden zwischen KONTAKTE-KOHTAKTb! e.V. und dem Geldinstitut ausgetauscht (übermittelt). Über alle gespeicherten Daten werde ich von KONTAKTE-KOHTAKTb! e.V. auf Wunsch informiert.

.....  
Ort/Datum

.....  
Unterschrift

### Zahlungsweise:

Ich überweise direkt auf das Vereinskonto von KONTAKTE-KOHTAKTb! e.V. bei der:  
Berliner Volksbank    IBAN: DE04 1009 0000 3065 5990 22    BIC: BEVODEBBXXX

Zur Vereinfachung des Verwaltungsaufwands empfehlen wir die Abbuchung vom Konto.  
(In diesem Fall bitte unbedingt das SEPA-Mandat noch einmal gesondert unterschreiben)

## Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

KONTAKTE-KOHTAKTbI e.V.

Gläubiger-Identifikationsnummer DE50ZZZ00000436442

Mandatsreferenz:.....(wird von KONTAKTE-KOHTAKTbI e.V. ausgefüllt)

### 2. SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige KONTAKTE-KOHTAKTbI e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von KONTAKTE-KOHTAKTbI 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  einmalige Zahlung

----- | -----  
---  
Vorname und Name (Kontoinhaber) Kreditinstitut (Name und BIC)

IBAN: D E \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_

\_\_\_\_\_  
Datum, Ort und Unterschrift des Zahlungspflichtigen