

Aufnahmeformular

Interessengemeinschaft Deutsche Luftwaffe e.V.



Ordentliches Mitglied

Außerordentliches Mitglied

Dienstgrad

Titel

Vorname

Name

Straße

PLZ

Ort

Geburtsdatum

Empfehlung durch

Telefon

E-Mail

Der Mitgliedsbeitrag beträgt **60 EUR jährlich**. Hiermit stelle ich meinen Antrag zur Aufnahme in den Verein "Interessengemeinschaft Deutsche Luftwaffe e.V." Ich erkläre mich mit den Zielen des Vereins einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift

Einwilligungsklausel:

Mit der Unterschrift wird die Einwilligung der personenbezogenen Daten mäß den Bestimmungen der DSGVO erteilt.

Ort, Datum

Unterschrift

GESCHÄFTSSTELLE BERLIN

General-Steinhoff-Kaserne
Kladower Damm 184
14089 Berlin

E-Mail: info@idlw.de
Tel. +49 (0) 30 9302-1462

GESCHÄFTSSTELLE KÖLN

Luftwaffenkaserne WAHN
Flughafenstr. 1
51147 Köln

E-Mail: info@idlw.de
Tel. +49 (0) 2203 988-9163

BANKVERBINDUNG

Commerzbank Berlin
IBAN: DE73 1004 0000 0207 3005 00
BIC: COBADEFFXXX

VEREINSREGISTER

Amtsgericht Berlin
(Charlottenburg)
VR 30296 b

GEMEINNÜTZIGKEIT

Finanzamt für Körperschaften
St.-Nr.: 27/668/58458

WWW.IDLW.DE

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

**Name des Zahlungsempfängers:**

Interessengemeinschaft Deutsche Luftwaffe e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers:

General-Steinhoff-Kaserne, Kladower Damm 184, 14089 Berlin

Gläubiger-Identifikationsnummer:

DE15ZZZ00001428994

Mandatsreferenz:

Wird vom Zahlungsempfänger vergeben. In diesem Fall die Mitgliedsnummer

Einzugsermächtigung:

Ich ermächtige/Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben) widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem/unserem Konto einzuziehen.

SEPA-Lastschriftmandat:

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.

Zahlungsart**Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)****Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)****Straße und Hausnummer****PLZ und Ort****IBAN des Zahlungspflichtigen (nur Bankkonten in DE)**

DE

Ort, Datum

Unterschrift

Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Lastschrift wird mich/uns der Zahlungsempfänger (Name siehe oben) über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten.