



ITZ e. V.
Nünningweg 133
48161 Münster

Antrag auf Fördermitgliedschaft

Ich/wir möchten Fördermitglied im Verein
„Institut für Theologische Zoologie e. V. (ITZ e. V.)“ werden:

Name:

Vorname:

Geburtstag:

Straße:

PLZ und Wohnort:

Telefonnummer:

E-Mail Adresse:

Die Mitgliedschaft beträgt mindestens 30,00 € pro Jahr.

Ich/wir möchte/n einen Beitrag in Höhe von

.....€ pro Monat / pro Jahr leisten.

Ich/wir überweise/n den jeweiligen Beitrag auf das Konto bei der
DKM Darlehnskasse Münster EG:
IBAN DE41 4006 0265 0045 0415 00, BIC GENODEM1DKM

Ich/wir erlauben den Bankeinzug (bitte Seite 2, SEPA-Mandat ausfüllen)

Ich/wir möchte/n regelmäßig durch den Newsletter des ITZ e. V. über seine
Aktivitäten und sonstigen Ereignisse informiert werden. Den Newsletter
kann/können ich/wir jederzeit wieder abbestellen.

Die erfassten Daten werden für die Dauer der Fördermitgliedschaft für
vereinsinterne Zwecke gespeichert und nicht an Dritte weitergegeben.

.....

Ort, Datum, Unterschrift(n)

Institut für
Theologische Zoologie e. V.

c/o Haus Mariengrund
Nünningweg 133
48161 Münster
Deutschland

1. Vorsitzender
Dr. Rainer Hagencord

2. Vorsitzende
Dr. Valeska Becker

Telefon
+49 (0)251 530 16 96
+49 (0)251 871 12 16

Email
info@theologische-zoologie.de

Internet
www.theologische-zoologie.de

Bankverbindung
DKM Darlehnskasse Münster EG
IBAN
DE41 4006 0265 0045 0415 00
BIC
GENODEM1DKM

Registergericht
Amtsgericht Münster

Registernummer
VR 5013

Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch Lastschrift :

SEPA Lastschriftmandat

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers:

**Institut für Theologische Zoologie e. V.
Haus Mariengrund
Nünningweg 133
48161 Münster**

Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE 06 ZZZ 0000 1150 184**

Meine Mandatsreferenz: (wird separat mitgeteilt)

Hiermit ermächtige/n ich/wir das Institut für Theologische Zoologie e. V. (ITZ e. V.), die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen wegen Beitrag Fördermitgliedschaft/ Spende von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom ITZ e. V. auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich/wir kann/können innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name, Vorname:

Straße:

PLZ, Wohnort:

Land:

KontoinhaberIn (falls abweichend):

Name des Kreditinstitutes:

BIC:

IBAN:

.....
Datum, Ort, Unterschrift(n)