

# Volunteer werden



**JA,** ich werde die Arbeit von **medihimal e. V.** unterstützen

und beantrage die MITGLIEDSCHAFT

- als förderndes Mitglied VOLUNTEER**  
(nur für natürliche Personen möglich)

**mein Beitrag** \_\_\_\_\_ **Euro/Jahr**  
(Minimum 12 €).

Die Fördermitgliedschaft ist an eine Laufzeit von 1 Jahr gebunden und kann mit einer Frist von 3 Monaten zum Jahresende gekündigt werden.

## Bitte beachten Sie:

Bei dieser Sonder-Form der Mitgliedschaft sind Sie bei ehrenamtlichen Einsätzen (z. B. im Büro, bei Veranstaltungen, bei Reisen in unserem Auftrag etc.) umfassend durch unsere Haftpflicht- und Gruppenunfallversicherungen etc. abgesichert.

**Hinweis:** Die Mitgliedschaft ist Voraussetzung auch für unsere ehrenamtlichen Helfer, da die Versicherungen ihre Vorschriften in Bezug auf ehrenamtliches Engagement geändert haben und wir es als unsere Verpflichtung ansehen, Sie möglichst umfassend abzusichern.

Name/Firma \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

Postleitzahl \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

für eventuelle Rückfragen bitte angeben:

Telefon (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Telefax (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

Um die Verwaltungskosten so gering wie möglich zu halten, bitten wir Sie, am Lastschrift-Einzugsverfahren teilzunehmen. Sie brauchen sich keine Termine zu merken, die zusätzlichen Gebühren für eventuelle Daueraufträge entfallen und Sie gehen kein Risiko ein, da Sie gesetzlich ein 8-wöchiges Widerspruchsrecht haben. **Ermächtigung für das SEPA-Lastschriftmandat umseitig.**

**medihimal e.V.**  
Landshuter Allee 52  
80637 München  
Telefon  
(089) 14 34 06 39-20  
Telefax  
(089) 14 34 06 39-22  
E-Mail  
office@medihimal.org  
VR 17228  
Amtsgericht München

**allgemeines Spendenkonto**  
Stadtsparkasse München  
BLZ 70150000  
Konto 14119432  
IBAN:  
DE8470150000014119432  
BIC: SSKMDEMM

Formular bitte an nebenstehende Adresse senden oder faxen. Danke.

Publikationsstand: 01 / 2014

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Hinweis auf das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG):

Die hier erhobenen personenbezogenen Daten werden nur durch Personen, die auf das Datenschutzgeheimnis nach § 5 BDSG verpflichtet worden sind und mit Einsatz geeigneter Programme verarbeitet und elektronisch gespeichert.

## Information zur Einzugsermächtigung und SEPA-Lastschriftmandat

Grundlage für die Nutzung des SEPA-Lastschriftverfahrens ist eine Autorisierung, das „SEPA-Lastschriftmandat“. Die Erteilung des Lastschriftmandats ist freiwillig. Ihre Rechte zur Berichtigung und Auskunftserteilung nach den Landesdatenschutzgesetzen bleiben selbstverständlich unberührt.

### Was ist neu an der SEPA-Lastschrift?

Ein wesentliches Merkmal an der neuen SEPA-Lastschrift ist die verlängerte Frist, in der eine Erstattung des belasteten Betrages verlangt werden kann.

Die Frist beträgt einheitlich 8 Wochen ab dem Zeitpunkt der Belastungsbuchung auf Ihrem Konto.

Ebenso werden nun nicht mehr die Bezeichnungen „Kontonummer“ und „Bankleitzahl“ verwendet, sondern die Begriffe „IBAN“ und „BIC“. Diese können Sie bereits jetzt schon als Ihre Kontodaten angeben.

Zusätzliche Sicherheitsmerkmale sind künftig eine Mandatsreferenznummer und die Gläubiger-Identifikationsnummer des Zahlungsempfängers.

Bei jeder Belastung durch eine SEPA-Lastschrift finden Sie diese Angaben auf Ihrem Kontoauszug.

## SEPA-Lastschriftmandat

### Zahlungsempfänger / Creditor Name

**medihimal e. V.** – gemeinnützige Organisation für Entwicklungszusammenarbeit

Landshuter Allee 52 - 80637 München

Gläubiger-Identifikationsnummer / *Creditor Identifier*

DE11ZZZ00000323751

Mandatsreferenz / *Mandate Reference*

(teilen wir Ihnen separat rechtzeitig mit)

Ich ermächtige / wir ermächtigen *medihimal e. V.* Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die von *medihimal 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.

Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Lastschrift wird mich / uns *medihimal e. V.* über den Einzug in dieser Verfahrensart informieren.

### Zahlungsart

wiederkehrende Zahlung

### Name und Adresse des / der Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Kreditinstitut (Name und Ort)

\_\_\_\_\_

IBAN (max. 35 Stellen) | \_\_\_\_\_ |

BIC (8 oder 11 Stellen) | \_\_\_\_\_ |

Ort

Datum

Unterschrift(en)

\_\_\_\_\_