



## Beitrittserklärung Förderverein der Stiftung „Internationale Stiftung Neurobionik“ e.V.

An den  
Förderverein der Stiftung  
„Internationale Stiftung Neurobionik“ e.V.  
c/o Franke & Co. GmbH  
Herrn Heinz Franke  
Bisperoder Str. 6  
31860 Emmerthal

Bankverbindung:  
Sparkasse Hannover  
IBAN DE20 2505 0180 0000 7892 24  
BIC SPKHDE2HXXX

Tel. 05155 / 281 565  
Fax 05155 / 281 568  
E-Mail: neurobionik@franke-invest.de  
Internet: www.neurobionik-stiftung.de

Ich/Wir erkläre(n) hiermit den Beitritt zum Förderverein der Stiftung „Internationale Stiftung Neurobionik“ e.V.

Person/Firma: .....

Adresse: .....

Telefon: ..... Telefax: .....

Geburtsdatum: ..... E-Mail: .....

Sämtliche Kommunikation darf über o.g. Mailadresse erfolgen:  ja  nein

Vertreten im Verein durch: .....  
(bei Firmenmitgliedschaft)

Ich/Wir entrichte(n) einen Jahresbeitrag von € .....

*(Der Mitgliedsbeitrag kann von jedem Mitglied individuell festgelegt werden. Er beträgt jedoch pro Jahr min. € 200,-- für Personen und € 600,-- für Firmen.)*

Spendenbescheinigung erwünscht:  ja  nein

Die Bescheinigung ist auszustellen auf .....

Ich/Wir erkläre(n) mein/unser Einverständnis, dass die Daten zum Zweck der Mitgliederbetreuung elektronisch gespeichert und bearbeitet werden.

Ort, Datum: .....

Unterschrift/Stempel: .....

SEPA-Lastschriftmandat  
SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

Förderverein der Stiftung "Internationale Stiftung Neurobionik" e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Rudolf-Pichlmayr-Str. 4

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

30625 Hannover

Land / Country:

Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

D E 3 5 Z Z Z 0 0 0 0 1 2 0 8 8 3 2

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):

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.

By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor (name see above) to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor (name see above).

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

Zahlungsart / Type of payment:

Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment  Einmalige Zahlung / One-off payment

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name:

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor address\*

\* Angabe freigestellt / Optional information

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

Land / Country:

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 34 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 34 characters):

BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):

Hinweis: Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn der Zahlungsdienstleister des Zahlungspflichtigen in einem EU-/ EWR-Mitgliedsstaat ansässig ist.

Note: The BIC is optional when Debtor Bank is located in a EEA SEPA country.

Ort / Location:

Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor: