



igenos e.V.
Pfarrhaus
Kirchstraße 26
56859 Bullay

igenos e.V.
Interessengemeinschaft der
Genossenschaftsmitglieder
seit 2015
Vereinsregister Koblenz NR 21586
Steuernummer:40/670/06223
Telefon
06542 9693842
E-Mail
post@igenos.de
www.igenos.de

UNABHÄNGIGKEITSERKLÄRUNG für: *igenos e.V.* ich/wir fördern durch Fördermitgliedschaft

Gläubiger-Identifikationsnummer DE44ZZZ00001791543

Mein Beitrag

- | | | | |
|-----------------|------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|
| monatlich | <input type="checkbox"/> 2,50 Euro | <input type="checkbox"/> 10 Euro | <input type="checkbox"/> 20 Euro |
| vierteljährlich | <input type="checkbox"/> 7,50 Euro | <input type="checkbox"/> 30 Euro | <input type="checkbox"/> 60 Euro |
| halbjährlich | <input type="checkbox"/> 10 Euro | <input type="checkbox"/> 60 Euro | <input type="checkbox"/> 120 Euro |
| jährlich | <input type="checkbox"/> 12 Euro | <input type="checkbox"/> 120 Euro | <input type="checkbox"/> Euro |

Eine Kündigung der Fördermitgliedschaft ist jederzeit ohne Einhaltung von Fristen möglich.

Alle persönlichen Angaben werden ausschließlich für Verwaltungszwecke von: igenos e.V. genutzt.
Eine Datenschutzerklärung ist beigelegt.

SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT

Ich ermächtige: *igenos e.V. /wir* sind die volksbank, Freunde und Förderer genossenschaftlicher Werte e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von: *wir* sind die volksbank, Freunde und Förderer genossenschaftlicher Werte 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.

BITTE IN DRUCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN, unterschrieben per Post oder Fax 09105 9901109 senden.

| | |
|--|--|
| Name, Vorname | Referenz-Nr (bekommen Sie von uns per E-mail vorab, bitte kontaktieren sie uns) |
| Organisation/Firma | |
| Straße, Hausnummer | PLZ, Ort |
| Telefon | E-Mail |
| BITTE BUCHEN SIE DEN BETRAG VON MEINEM KONTO AB | |
| Kontoinhaber | |
| Kontonummer | Bankleitzahl |
| Geldinstitut | |
| IBAN | BIC |
| 1. Abbuchung am | Datum, Unterschrift |