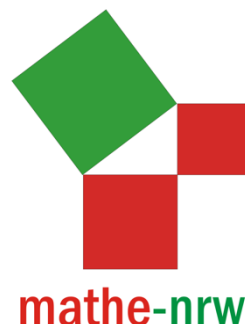


Landesverband Mathematikwettbewerbe Nordrhein-Westfalen e.V.

Geschäftsstelle: Spindelstr. 120a, 33604 Bielefeld, Tel.: 0521-2701701,
Fax: 0521-2702703, E-Mail: kontakt@mathe-nrw.de, www.mathe-nrw.de



Änderung der Mitgliedsdaten

Hiermit bestätige ich, dass sich meine Mitgliedsdaten geändert haben.

Name: Vorname:.....

Änderung der Kontaktdaten:

Straße:..... PLZ, Ort:.....
Telefon:..... Telefax:.....
E-Mail:.....

Änderung des freiwilligen Mitgliedsbeitrags:

Der Mindestbeitrag beträgt 10,- €. Mitgliedsbeiträge sind steuerlich absetzbar.

Ich bin bereit, freiwillig einen höheren Mitgliedsbeitrag zu zahlen, und zwar in Höhe von

20,- € 30,- € 40,- € 50,- € ,- €.

Der erhöhte Mitgliedsbeitrag kann jeweils zum Jahresende wieder auf den Mindestbeitrag reduziert werden.

Ich möchte ab nächstem Jahr nur noch den Mindestbeitrag zahlen.

Ich bin damit einverstanden, dass der Mitgliedsbeitrag bis auf Widerruf von meinem Konto per SEPA-Lastschrift eingezogen wird.
Das notwendige SEPA-Lastschriftmandat erteile ich auf dem beiliegenden Formular.

Ort, Datum..... Unterschrift*:.....

*Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung des Landesverbands Mathematikwettbewerbe NRW e.V. an und erkläre mich damit einverstanden, dass meine Daten für vereinsinterne Angelegenheiten gespeichert werden.

Der Landesverband Mathematikwettbewerbe NRW e.V. ist beim Amtsgericht Köln eingetragen (VR 20170), durch das Finanzamt Hamm als gemeinnützig anerkannt und zur Ausstellung von Spendenquittungen berechtigt
Bankverbindung: IBAN: DE08 4105 0095 0000 1635 68; Sparkasse Hamm; BIC: WELADED1HAM,
Gläubiger_Identifikationsnummer: DE08ZZZ00000728196; Mandatsreferenz: (wird separat mitgeteilt)
Vorsitzender: Michael Rüsing, Palmbuschweg 47, 45326 Essen, mr@mathe-nrw.de

SEPA-Lastschriftmandat

SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

Landesverband Mathematikwettbewerbe NRW e.V., z.Hd. Schatzmeisterin Dr. Eva Lück

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address**Straße und Hausnummer / Street name and number:**

Hyazinthenweg 4a

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

51069 Köln

Land / Country:

Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

| D E 0 8 Z Z Z 0 0 0 0 7 2 8 1 9 6 |

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 die IBAN des Zahlungspflichtigen mit DE beginnt.
Note: If the debtor's IBAN starts with DE, the BIC is optional.

Ort / Location:**Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):****Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor:**