



nano-Control, Internationale Stiftung
z.Hd. Heike Krüger
Zum Hägerdorn 13

27318 Hoya

Vorname Name
Firma (nur für Unternehmen)
Straße
PLZ Ort
Telefon
email

BEITRITTSERKLÄRUNG zum FÖRDERKREIS

Ich erkläre hiermit meinen Beitritt zum Förderkreis der Stiftung nano-Control, um mit meiner jährlichen Spende das erfolgreiche Engagement der Stiftung für gesunde Raumlufte gemäß § 2 der Satzung, (s. Anhang) zu unterstützen.

Ich spende ab sofort ab nachfolgendem Datum (TT.MM.JJJJ):
vierteljährlich 15,00 Euro
jährlich 50,00 Euro, 75,00 Euro, 100,00 Euro, Euro

Die jährliche Spende wird am 1.1. eines Jahres fällig und im Lastschriftverfahren bis 31.1. eingezogen. Soweit kein anderes Datum angegeben, erfolgt der Einzug im ersten Jahr einen Monat nach Abgabe der Beitrittserklärung. Das unterschriebene Lastschriftmandat füge ich bei. Ich willige ein, dass meine Daten zur Erfüllung des Zwecks gespeichert werden. Eine Weitergabe an Dritte ist ausgeschlossen.

Ich kann meine Unterstützung und Mitgliedschaft im Förderkreis ohne Angaben von Gründen mit einer Frist von drei Monaten zum Jahresende beenden.

Die Stiftung ist vom Finanzamt Hamburg-Nord als gemeinnützig anerkannt und berechtigt, Zuwendungsbescheinigungen auszustellen.

Unsere aktuelle Satzung finden Sie [hier](#).

Ort, Datum

Unterschrift

Zutreffendes ankreuzen. Bitte senden Sie Ihre Erklärung mit dem Lastschriftmandat per Post an die o.g. Anschrift oder per Mail an info@nano-control.org. Vielen Dank für Ihre wertvolle Unterstützung!

SEPA-Lastschriftmandat
SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

nano-Control, Internationale Stiftung

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

Hamburg

Land / Country:

Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

D E 7 4 5 5 5 0 0 0 0 0 4 2 8 2 5 0

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

w i r d m a s c h i n e l l v e r g e b e n

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. 35 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 35 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 creditor's IBAN is beginning with DE, the use of the BIC could be omitted.

Ort / Location:

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

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