

## Beitrittserklärung

Kompetenzzentrum Behinderung,  
akademische Bildung, Beruf (kombabb) e.V.  
Reuterstr. 161  
53 113 Bonn

Hiermit trete ich in den kombabb e.V. ein. Ich werde ordentliches Mitglied.

Vorname / Name: \_\_\_\_\_

Straße / Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ / Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon / FAX: \_\_\_\_\_

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

Der auf der Mitgliederversammlung am 21. Oktober 2013 in Bonn beschlossenen jährlichen **Mitgliederbeitrag** beträgt: **24,00 €**

Der Mitgliedsbeitrag wird erst ab dem 15. Januar 2014 fällig.

\_\_\_\_\_  
**Ort, Datum**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift**



Kompetenzzentrum Behinderung, akademische Bildung, Beruf (kombabb) e.V.  
Reuterstraße 161  
53 113 Bonn

### SEPA-Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger: Kompetenzzentrum Behinderung,  
akademische Bildung, Beruf (kombabb) e.V.  
Gläubiger-Identifikationsnr.: DE50ZZZ00001482975  
Mandatsreferenznummer:

Ich ermächtige das Kompetenzzentrum Behinderung, akademische Bildung, Beruf (kombabb) e.V. den Mitgliedsbeitrag in Höhe von 24 EUR jährlich zum 15.01. von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Kompetenzzentrum Behinderung, akademische Bildung, Beruf (kombabb) e.V. auf mein Konto gezogene Lastschrift 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.

Gültig für Beiträge ab 01.01.2015

.....  
Name der / des Zahlungspflichtigen (KontoinhaberIn)

.....  
Anschrift der / des Zahlungspflichtigen (der Kontoinhaberin / des Kontoinhabers)

.....  
IBAN

.....  
BIC

.....  
Name des Kreditinstituts

.....  
Ort und Datum                      Unterschrift der / des Zahlungspflichtigen (KontoinhaberIn)