



# GEMEINSAM LEBENS(T)RÄUME GESTALTEN

Kultur & Inklusion erleben

ColumbaPalumbus e.V.  
Meschwitzstr. 15  
01099 Dresden

(wird vom Verein ausgefüllt)

Eingangsdatum:

(Unterschriften Vorstand)

## Änderungsmitteilung

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Mitgliedsnummer \_\_\_\_\_

Hiermit möchte ich folgende Änderung(en) mitteilen:

(zutreffendes bitte ankreuzen)

**Wechsel der Mitgliedschaftsklasse**

zum nächstmöglichen Zeitpunkt wechsle ich zur

(bitte **zukünftige Beitragsart** auswählen und ankreuzen)

„großen Mitgliedschaft“: regulärer Mitgliedschaftsbeitrag von 6 €/Monat (72 € Jahresbeitrag)

„kleinen Mitgliedschaft“: verringerter Mitgliedschaftsbeitrag von 3 €/Monat (36 € Jahresbeitrag)

(empfohlen für Schüler\_innen, Azubis, Studierende, Freiwilligendienstleistende, Empfänger\_innen von ALG II oder Sozialhilfe, schwerbehinderte Menschen, Rentner\_innen – ein Nachweis ist jedoch NICHT erforderlich)

Fördermitgliedschaft mit einem Förderbeitrag von monatlich/jährlich \_\_\_\_\_ € (Mindestbeiträge 5 €/Monat bzw. 60 €/Jahr) (nichtzutreffendes bitte streichen)

**Wechsel zum SEPA-Lastschriftverfahren**

Ich bitte darum, zum nächstmöglichen Zeitpunkt meine Mitgliedsbeiträge per SEPA-Lastschrift von meinem Konto einzuziehen. Das SEPA-Lastschriftmandat auf Seite 2 habe ich ausgefüllt.

**Wechsel zum Dauerauftrag**

Ich widerrufe mein SEPA-Mandat und richte zum \_\_\_\_\_ einen Dauerauftrag ein.

**meine Kontaktdaten haben sich geändert:**

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

sonstiges \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift Mitglied (sowie ggf. gesetzl. Vertreter\_in) \_\_\_\_\_



## SEPA-Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger: ColumbaPalumbus e.V.

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE80ZZZ00000826230

Mandatsreferenz: *Mitgliedsnummer*

Ich ermächtige den ColumbaPalumbus e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom ColumbaPalumbus 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.

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

Vorname und Name des Mitglieds

*(falls abweichend)*

Vorname und Name Kontoinhaber\_in

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Name Kreditinstitut

IBAN

BIC

Ort

Datum

Unterschrift Kontoinhaber\_in