

## Antrag auf Mitgliedschaft in der ACAT Deutschland e. V.

Name / Institution / Verein: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

ggf. Name des Partners: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Folgende Angaben sind freiwillig:

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Konfession: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

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

**Ich/ wir möchten Mitglied der ACAT werden und einen Jahresbeitrag von \_\_\_\_\_ € zahlen.**

(Mindestbeiträge: Einzelperson 30 €; Paare 40 €; Vereine/ Gruppen 75 €, Geringverdienende 15 €)

- Ich zahle per Lastschriftverfahren. Die Erteilung eines Sepa-Lastschriftmandats liegt bei.  
 Ich zahle per Überweisung

Als Mitglied erhalten Sie im Jahr 11 Monatssendungen. Auf Grund einer Sommerpause wird für die Monate Juli und August lediglich eine Monatssendung erarbeitet und versendet.  
Der Versand erfolgt postalisch oder per Mail.

Die Monatssendung enthält:

- das Informationsblatt ACAT Aktuell
- ein Informationsschreiben über die beiden aktuellen Briefaktionen
- vier ausgearbeitete Briefvorlagen an die entsprechenden Entscheidungsträger\*innen
- ein Blatt mit Gebetsanliegen

**Ich möchte die Monatssendung wie folgt erhalten:**

- als E-Mail  
 als Postsendung

Ich willige ein, dass meine Angaben zur Kontaktaufnahme und für eventuelle Rückfragen aus der Geschäftsstelle bzw. des geschäftsführenden Vorstands gespeichert werden.

Ort und Datum

Unterschrift

Ausgefülltes Formular bitte ausdrucken und an die ACAT-Geschäftsstelle schicken:

**ACAT-Deutschland e.V., Kreuzstraße 4, D-31134 Hildesheim**

ACAT-Deutschland e. V.  
Kreuzstr. 4  
31134 Hildesheim

## SEPA-Lastschriftmandat

**Gläubiger-Identifikationsnummer: DE44ACA00000304727**

**Mandatsreferenz:** wird nach Erteilung des Lastschriftmandats vergeben und Ihnen mitgeteilt

### Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Hiermit ermächtige(n) ich/ wir die **ACAT-Deutschland e. V., 31134 Hildesheim**, meinen Beitrag in Höhe von \_\_\_\_\_ € zum **30.05. jeden Jahres** zu Lasten meines/ unseren Kontos mit nachstehenden Daten durch Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise/n ich/ wir mein/ unser Kreditinstitut an, die vom o.a. Zahlungsempfänger auf mein/ unser Konto gezogenen Lastschrift einzulösen.

**Hinweis:** Ich kann/ wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten die mit meinem/ unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

**Es handelt sich um eine jährlich wiederkehrende Zahlung.**

---

Name / Institution / Verein

---

Vorname

---

Straße, Hausnummer

---

PLZ / Ort

---

Kreditinstitut (Name und BIC)

---

IBAN

---

Ort und Datum

Unterschrift Kontoinhaber\*in

Deutschland

acat