

BITTE HELFEN SIE UNS!



Unsere Fischotter, aber auch wir Menschen, brauchen eine gesunde Natur. Wo der Otter sich wieder ansiedelt, finden auch wir Menschen eine gesunde Umgebung. Helfen Sie uns bei unseren Renaturierungsmaßnahmen und unterstützen Sie unsere Projekte in den Bereichen der Umweltbildung, der Biotopentwicklung und der Forschung.

Ja, ich will die Projekte der Aktion Fischotterschutz e.V. unterstützen!

Durch meine **Einzelmitgliedschaft** bei der Aktion Fischotterschutz erhalte ich – so oft ich möchte – freien Eintritt ins OTTER-ZENTRUM, durch meine **Familienmitgliedschaft** gilt das für meine ganze Familie (Ihre Familienmitglieder tragen Sie bitte unten ein). Ich erhalte zudem dreimal im Jahr die „Otter-Post“, die Mitgliederzeitschrift der Aktion Fischotterschutz e.V. Meine Mitgliedschaft kann ich steuerlich absetzen.

Ich helfe Ihnen mit Euro als **Einzelmitglied** (ab 5,85 Euro monatlich möglich)

oder mit Euro als **Familienmitglied** (ab 7,50 Euro monatlich möglich)

oder mit Euro als **Schüler/Student** (ab 2,10 Euro monatlich möglich)

Meine Familienmitglieder:

1.	_____	_____	2.	_____	_____
Name		Geburtsdatum	Name		Geburtsdatum
3.	_____	_____	4.	_____	_____
Name		Geburtsdatum	Name		Geburtsdatum

Den Beitrag dürfen Sie **jährlich** bei mir abbuchen. Bitte buchen Sie den Beitrag **halbjährlich** von meinem Konto ab.

Name _____ Vorname _____

Straße _____ PLZ _____ Ort _____

E-Mail _____ Telefonnummer _____ Geburtsdatum _____

Ihre Unterschrift _____

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Ich ermächtige/Wir ermächtigen die Aktion Fischotterschutz e.V., Sudendorfallée 1, 29386 Hankensbüttel (Gläubiger-ID: DE 80 ZZZ 00000 14 33 50) widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem/unserem Konto einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der Aktion Fischotterschutz e.V. 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.

Kreditinstitut des Zahlers _____

BIC _____ | _____

IBAN DE _____ | _____ | _____ | _____ | _____

Ort, Datum _____ Ihre Unterschrift _____

Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Basis-Lastschrift wird mich/uns die Aktion Fischotterschutz e.V. über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten sowie mir/uns die Mandatsreferenz mitteilen.

Durch meine Unterschrift werde ich Mitglied bei der Aktion Fischotterschutz e.V. Alle meine Angaben werden vertraulich behandelt. Ich ermächtige Sie bis auf Widerruf, den oben genannten Beitrag ab dem Eintrittsdatum von meinem Konto einzuziehen.

Aktion Fischotterschutz e.V. • OTTER-ZENTRUM • 29386 Hankensbüttel • Tel.: 05832-9808-0 • Fax: 05832-9808-51 • E-Mail: afs@otterzentrum.de • www.otterzentrum.de