

## Mitgliedsantrag

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft in der „Refugee Law Clinic Saarbrücken e.V.“:

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Wohnort	
E-Mail-Adresse	
Telefon	
Studienfach und Fachsemester/ Beruf	

Die Aufnahme in den Verein erfolgt auf Beschluss des Vorstandes.

Ich bin an aktiver Mitarbeit im Verein interessiert:

ja                      nein

### Datenschutzhinweis

Vorstehende Daten werden nur im Rahmen der Erforderlichkeit von Abrechnung und Betreuung der Mitgliedschaft in der „Refugee Law Clinic Saarbrücken e.V.“ erfasst bzw. verarbeitet. Es erfolgt keine Weitergabe der persönlichen Daten an Dritte.

Ich erkläre mich mit der Nutzung der von mir angegebenen personenbezogenen Daten zum Zweck der Verwaltung meiner Mitgliedschaft bei der RLCS und für die über den E-Mail-Verteiler der RLCS durchgeführten E-Mail-Korrespondenz einverstanden. Die Verwendung erfolgt unter Beachtung der geltenden Datenschutzbestimmungen und kann jederzeit gegenüber der RLCS widerrufen werden. Über die gespeicherten personenbezogenen Daten kann jederzeit Auskunft, Berichtigung unrichtiger Daten, Sperrung oder Löschung verlangt werden.

### Mitgliedsbeitrag

Mit meiner Unterschrift verpflichte ich mich den bei der Mitgliederversammlung beschlossenen Vereinsbeitrag zukünftig zu entrichten. Entweder erteile ich der RLCS ein Mandat den Jahresbeitrag per Lastschrift von meinem Konto einzuziehen oder ich überweise den Beitrag selbständig auf folgendes Konto:

Refugee Law Clinic Saarbrücken e.V.  
Bank: Bank1Saar  
IBAN: DE61591900000117820009  
BIC: SABADE5S

### Vereinssatzung

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung der „Refugee Law Clinic Saarbrücken e.V.“ in der aktuell gültigen Fassung an. Die Mitgliedschaft im Verein ist fortlaufend, ein Austritt kann nur zum Ende eines Kalenderhalbjahres unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von 4 Wochen erfolgen. Zur Erhaltung der Kündigungsfrist ist der rechtzeitige Zugang der schriftlichen Austrittserklärung an ein Mitglied des Vorstands erforderlich.

Ort, Datum

Unterschrift

## SEPA Lastschriftmandat / SEPA Direct Debit Mandat

### Refugee Law Clinic Saarbrücken e.V.

| Name des Zahlungsempfängers / Creditor Name

### Campus, Gebäude B4.4

| Straße und Hausnummer / Street Name and Number

### 66123 Saarbrücken, Germany

| Postleitzahl, Ort und Land / Postal Code and City and Country

### DE79ZZZ00001972594

| Gläubiger- Identifikationsnummer / Creditor Identifier

| Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate Reference (to be completed by the creditor)

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger Refugee Law Clinic Saarbrücken e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger Refugee Law Clinic Saarbrücken 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.

By signing this mandate form, you authorize the creditor Refugee Law Clinic Saarbrücken e.V. to send instructions to your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor Refugee Law Clinic Saarbrücken e.V.

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

| Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor Name

| 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 Angaben 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 can be omitted.

| Ort, Datum / Location, Date

| Unterschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) /  
Signature of the Debtor