

## Demande d'adhésion

Par la présente, je demande l'adhésion à l'association fka - Freundeskreis Asyl Karlsruhe e. V.

### Données personnelles

\*Nom, prénom: \_\_\_\_\_

\*date de naissance: \_\_\_\_\_

\*Adresse: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\*profession: \_\_\_\_\_

\*email: \_\_\_\_\_

Téléphone: \_\_\_\_\_

fka - Freundeskreis Asyl Karlsruhe e.V.

In the Human Rights Centre  
Alter Schlachthof 59  
76131 Karlsruhe  
tel +49 721 966 3937  
fax +49 721 966 3939

office  
Marienstraße 63  
76137 Karlsruhe  
tel +49 721 964 948 98  
fax +49 721 964 970 68

\* champs obligatoires, à remplir en caractères d'imprimerie.

L'admission dans l'association se fait sur décision du comité directeur.

Je suis intéressé(e) par une collaboration active au sein de l'association  oui  non

#### Remarque sur la protection des données :

Les données susmentionnées ne sont saisies et traitées que dans le cadre de la facturation et du suivi de votre adhésion à la fka - Freundeskreis Asyl Karlsruhe e.V. Vos données personnelles ne seront pas transmises à des tiers.

#### Cotisation de membre :

Montant de la cotisation : 40 € par an

Le prélèvement de la cotisation se fait par autorisation de prélèvement (voir formulaire page 2).

#### Statuts de l'association

Par ma signature, j'accepte les statuts de l'association fka - Freundeskreis Asyl Karlsruhe e. V. dans la version actuellement en vigueur. L'adhésion à l'association est continue, une démission ne peut avoir lieu qu'à la fin de l'année civile en respectant un délai de préavis de 3 mois.

Par ma signature, je confirme en outre avoir reçu les statuts de l'association fka - Freundeskreis Asyl Karlsruhe e. V. dans leur version actuelle en vigueur.

\_\_\_\_\_  
Lieu, date

\_\_\_\_\_  
Signature

info@fka-ka.de  
fka-ka.de

fka - Freundeskreis Asyl Karlsruhe e.V.  
Sparkasse Karlsruhe  
BIC KARSDE66XXX  
IBAN DE28 6605 0101 0009 9091 85

Numéro d'enregistrement de  
l'association: 101740

Je souhaite devenir membre de l'association **fka - Freundeskreis Asyl Karlsruhe e. V.** et donne à l'association cette

**autorisation de prélèvement et le mandat de prélèvement SEPA**  
suivant :

Numéro d'identification du créancier : DE44ZZZ00002491592

Référence du mandat (sera remplie par la fka) \*

Nom, prénom

Rue et numéro

NPA et lieu

Numéro de téléphone pour  
les questions

Email du titulaire du compte

J'autorise le fka - Freundeskreis Asyl Karlsruhe e. V. à prélever des paiements sur mon compte par note de débit. En même temps, je demande à mon institut de crédit d'encaisser les prélèvements automatiques effectués par le fka - Freundeskreis Asyl Karlsruhe e. V. sur mon compte. Remarque : je peux demander le remboursement du montant débité dans un délai de 8 semaines à compter de la date de débit. Les conditions convenues avec mon institut de crédit s'appliquent. Je peux révoquer cette autorisation de prélèvement à tout moment.

Je paie      semestriellement            annuellement     

Montant en Euro

À partir du mois

À partir de  
l'année

IBAN du débiteur

BIC

Lieu, Date

Signature

\*La référence du mandat sera communiquée séparément au titulaire du compte.