



Association Internationale des Professeurs de Philosophie

(enregistrée à Bruxelles AISBL. 0414 559 489)

c/o Edgar Fuhrken, Seeadlerweg 10, 24159 Kiel, Allemagne/Germany

Compte/Konto/Account/Cuento: IBAN DE08 2501 0030 0105 5633 07, BIC PBNKDEFF

Créancier-/Gläubiger-/Creditor's/Identifikationsnummer: DE79ZZZ00000003300

Je déclare mon adhésion à l'AIPPh. / Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zur AIPPh. / I hereby apply for membership in the AIPPh.

Je suis déjà membre de l'AIPPh./Ich bin bereits Mitglied der AIPPh./I am already member of the AIPPh.

(Nom/Name/name, Prénom/Vorname/Christ. name)

Rue/Straße/Street et/und/and Numéro/Hausnummer/House Number

Code postal/Postleitzahl/Post Code et/und/and Localité/Ort /Place

State/Land/Country

E-Mail

Date/Datum/Date, Localité/Ort/Place et/und/and Signature/Unterschrift/Signature

SEPA-Lastschriftmandat: Ich ermächtige die AIPPh, die jährlichen Mitgliedsbeiträge (15,00 EUR, ermäßigt 8,00 EUR) von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der AIPPh auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Zur Sicherheit des Kontoinhabers ist gesetzlich geregelt, dass für jede Lastschrift vom Kontoinhaber innerhalb von 8 Wochen die Rückbuchung verlangt werden kann. Sollte die Lastschrift mangels Kontodeckung nicht ausgeführt werden können oder nehmen Sie eine ungerechtfertigte Rückbuchung vor, so werden die dadurch entstehenden Buchungskosten durch die AIPPh von Ihnen zurückgefordert. [Traduction cf. la page suivante / Translation see next page.]

Kreditinstitut (Name und BIC) -----

----- | ----- | ----- | ----- | ----- | ----- | ----- | -----
IBAN

Date/Datum/Date, Localité/Ort/Place et/und/and Signature/Unterschrift/Signature

La référence de mandat est annoncée séparément./Die Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt./You will be informed about the mandat reference separately.

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular an: Edgar Fuhrken, Seeadlerweg 10, 24159 Kiel oder eingescannt als PDF an: FuhE.KI@aipph.de oder per FAX an: +49 3222 3735376. Merci!/Dankel!/Thank you!

SEPA-Mandat de prélèvement: j'autorise l'AIPPh à débiter sur mon compte bancaire par prélèvements automatiques les cotisations annuelles des membres de l'association (15,00 EUR, réd. 8,00 EUR). Parallèlement, je donne ordre à mon agence bancaire d'effectuer les virements concernant les demandes de prélèvements sur mon compte émis par l'AIPPh.

Remarque: Dans le but de protéger tout titulaire de compte bancaire, chacun peut, de par la loi, demander le remboursement de tout prélèvement dans un délai de 8 semaines. Si un prélèvement ne peut être effectué par défaut d'approvisionnement ou si un remboursement non justifié a été demandé, le montant des frais occasionnés seont réclamés par l'AIPPh.

SEPA-Debit-Authorization: I authorize the AIPP to withdraw the annual membership fees (15,00 EUR, red. 8,00 EUR) as a debit from my account. At the same time I instruct my bank to honor the debit drawn by the AIPP on my account.

Note:

The safty of the account holder is regulated by law, so that for each debit payment the account holder can demand within 8 weeks a reimbursement. Should the debit not be payable because of lack of funds or or if you get an unjustified reimbursement, the resulting book keeping costs will be reclaimed from you by AIPP.