**Beitrittserklärung Museumsbunker Emilie e.V.**

Hiermit erkläre ich ab \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ meinen Beitritt als Mitglied im Musemsbunker Emilie e.V.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Name:/ Firma |  |  | Vorname: |  |
| Geb.-Datum: |  |  | Straße: |  |
| PLZ: |  |  | Ort: |  |
| Telefon: |  |  | E-Mail: |  |

Durch meine Unterschrift erkenne ich die Satzung des Vereins an. Der aktuelle Jahres-Monatsbeitrag beträgt :

10,-€ als Vollmitglied monatlich ( Kinder bis 14 Jahre und Ehepartner zahlender Erwachsener sind kostenlos ) ,

40,-€ als passives Mitglied Jährlich

 Schüler / Arbeitslose/Rentner 20-€ ,

 Beiträge für Geschwister 3,00-€ je weiteres Beitragsfrei

Förderer ( Für Firmen und Geschäftskunden ) jährlicher Beitrag frei wählbar Betrag \_\_\_\_\_\_\_\_ €

Bitte entsprechendes Ankreuzen .

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift des Mitglieds (der/des gesetzl. Vertreter/s)

***Erteilung des SEPA-Lastschriftmandats***

Gläubiger-Identifikationsnummer des Vereins: **DE17ZZZ00002045296**

Mandatsreferenz: ( z.B. lfd. Mitglieds-Nr.)

Ich ermächtige den ……………-verein ………. e.V. Neuried, Zahlungen wiederkehrend von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verein auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Der Mitgliedsbeitrag wird als Jahresbeitrag am (01.01.) jeden Jahres fällig, der anteilige Mitgliedsbeitrag des Eintrittsjahres am (15.) des auf den Eintritt folgenden Monats.

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.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Kreditinstitut: |  |  | BIC: |  |
| IBAN: |  |
| Kontoinhaber: |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift des Kontoinhabers

Bitte an :

Michael Truttenbach

Schlossergasse 4

77694 Kehl

 ausgefüllt zurücksenden