

Kehrig summt e.V.

Mitgliedsantrag

Bitte abgeben bei:

Kehrig summt e.V.
c./o. Iris Fuhrmann
Bausberger Str. 22
56729 Kehrig



Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Verein Kehrig summt e.V.:

- als volljähriges Mitglied (Beitrag zzt. 3 EUR/Monat)
- (optional) ich bin volljährig aber zzt. in Ausbildung/Studium und beantrage eine beitragsfreie Mitgliedschaft bis zu dem Zeitpunkt, in dem ich über ein regelmäßiges Einkommen verfüge. Ich verpflichte mich dieses dem Verein entsprechend mitzuteilen.
- als Familienmitgliedschaft (Beitrag zzt. 5 EUR/Monat; die Familienmitgliedschaft beinhaltet 2 volljährige Lebenspartner sowie alle im Haushalt lebenden minderjährigen Kinder)
- als minderjähriges Mitglied (beitragsfrei bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, Unterschrift ALLER Erziehungsberechtigten ist erforderlich)

zum (Datum eintragen) 01. _____
(MM.JJJJ)

Name, Vorname: _____

Straße: _____

Wohnort: _____

Geburtsdatum: _____

Telefon/mobil: _____

E-Mail: _____

Weitere Mitglieder im Rahmen der Familienmitgliedschaft:

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Telefon/mobil: _____

E-Mail: _____

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Telefon/mobil: _____

E-Mail: _____

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Telefon/mobil: _____

E-Mail: _____

Datum/Unterschrift: _____

(Antragsteller / gesetzliche(r) Verteter)

Ich verpflichte mich zur Zahlung des Mitgliedsbeitrags gem. der beantragten Mitgliedschaft.

Der Beitragseinzug erfolgt jährlich zum 01.01. eines jeden Jahres im Voraus.

Zusätzlich zum Mitgliedsbeitrag möchte ich freiwillig und jederzeit widerrufbar _____ Euro/Monat spenden.*

Ich möchte für die Spende eine Spendenquittung.*

* Zutreffendes bitte ankreuzen

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats



Name des Zahlungsempfängers:

KEHRIG SUMMT e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers

Straße und Hausnummer:

Bausbergerstr. 22

Postleitzahl und Ort:

56729 Kehrig

Gläubiger-Identifikationsnummer:

DE15ZZZ00002486682

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):

Einzugsermächtigung:

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben) widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem / unserem Konto einzuziehen.

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) 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.

Zahlungsart:

Wiederkehrende Zahlung

Einmalige Zahlung

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl und Ort:

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen):

DE

BIC (8 oder 11 Stellen):

DE

Ort:

Datum (TT/MM/JJJJ):

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):