

Aufnahmeantrag

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen!

Ich möchte/wir möchten Mitglied im Familienzentrum Zirndorf e.V. werden:



.....
Vorname und Name (Kontoinhaber)

.....
geboren am

.....
Straße und Hausnummer

.....
Postleitzahl und Ort

.....
Telefon

.....
Email

Ich sichere/ wir sichern zu, den monatlichen Mitgliedsbeitrag von € (mindestens € 7.-, für Lebenspartner die Hälfte)

halbjährlich jährlich per Bankeinzug jeweils zum 1.1. bzw. 1.7. im Voraus zu begleichen.

Ich habe die Satzung auf der Homepage www.familienzentrum-zirndorf.de gelesen und akzeptiere sie.

Bankeinzugsermächtigung:

Gläubiger-Identifikationsnummer

DE53ZZZ00000161199

Mandatsreferenz*:

SEPA-Lastschriftmandat (wiederkehrend)

Ich ermächtige den Verein **Familienzentrum Zirndorf e.V.** Zahlungen für den Mitgliedsbeitrags von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Familienzentrum Zirndorf e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Kreditinstitut

BIC

IBAN DE ____/____/____/____/____/____

Die Vorankündigung zum Lastschrifteinzug über Betrag und Fälligkeit ist erfolgt.

Beitragseinzug jährlich/halbjährlich zum 1. Buchungstag im Monat

Ich bin damit einverstanden, den Familienzentrums - Newsletter per Email zu erhalten. Außerdem bin ich mit schriftlicher/telefonischer Kontaktaufnahme, zwecks Vereinsinformationen, einverstanden. Diese Einwilligung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.

Datum, Unterschrift

✂-----

Hinweise für das Mitglied

* wird vom Familienzentrum vergeben

Gläubiger-Identifikationsnummer

DE53ZZZ00000161199

Mandatsreferenz*:

Mitgliedsbeitrag

Der Beitragseinzug erfolgt wiederkehrend zum 1. Buchungstag im Monat:

Erster Beitragseinzug in Höhe von Euro am (Datum).

Datum, Unterschrift