

Mitgliedsantrag Fördergemeinschaft Hörnleberg e.V.

Hiermit beantrage ich meine Aufnahme in den Verein Fördergemeinschaft Hörnleberg e.V.

Vor- und Nachname:	
Straße / Hausnummer:	
PLZ / Ort:	
Geburtsdatum:	
Telefon:	
E-Mail:	

Ich kann mir vorstellen, mich wie folgt aktiv in den Verein einzubringen.

Diese Angabe ist optional, passive Mitglieder sind ebenfalls herzlich willkommen.

Pilgerrasthaus

Wege, Außenanlage

Sonstiges:

Mit der Speicherung, Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten zur Erfüllung des Vereinszwecks bin ich einverstanden. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann. Ich verpflichte mich, die Satzung des Vereins in der jeweils gültigen Fassung zu beachten.

Der Mitgliedsbeitrag beträgt derzeit 15 € und wird jährlich per Lastschrift eingezogen.

Ich möchte zusätzlich eine jährlich laufende Spende in Höhe von _____ € leisten.

--

Ort / Datum / Unterschrift (bei Firma oder Minderjährigen Unterschrift des Vertretungsberechtigten)

Der ausgefüllte und unterschriebene Mitgliedsantrag mit SEPA-Lastschriftmandat (2 Seiten) kann bei einem Vorstandsmitglied oder im Pilgerrasthaus auf dem Hörnleberg abgegeben oder per E-Mail an mitglied@fg-hoernleberg.de gesendet werden. Unsere Satzung und weitere Informationen zur Fördergemeinschaft finden Sie auf www.fg-hoernleberg.de.

SEPA-Lastschriftmandat

Name des Zahlungsempfängers:
Fördergemeinschaft Hörnleberg e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers

Straße und Hausnummer:

Ölbergweg 3

Postleitzahl und Ort:

79261 Gutach

Land:

Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):

DE92ZZZ00002741861

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):

Mitgliedsnummer ...

(die Mitgliedsnummer wird separat mitgeteilt)

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

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)*

* Angabe freigestellt

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl und Ort:

Land:

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 34 Stellen):

BIC (8 oder 11 Stellen):

Hinweis: Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn der Zahlungsdienstleister des Zahlungspflichtigen in einem EU-/ EWR-Mitgliedsstaat ansässig ist.

Ort:

Datum (TT/MM/JJJJ):

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):