

Mitgliedsantrag



**Förderverein
Wolkennest e.V.**

1) Persönliche Angaben

Vorname: _____ Nachname: _____

Straße & Hausnummer: _____

PLZ / Ort: _____

E-Mail: _____

2) Mitgliedschaft – Beitrag wählen

- ☐ Mindestbeitrag – 12 € / Jahr
- ☐ Standardbeitrag – 24 € / Jahr
- ☐ Familienbeitrag – 36 € / Jahr
- ☐ Individueller Beitrag: _____ € / Jahr

Die Mitgliedschaft beginnt zum ersten Kalendertag des auf die Antragstellung folgenden Monats.

3) Zahlung

- ☐ SEPA-Lastschrift (Bitte auf der Rückseite ausfüllen.)

4) Rechtliches

- ☐ Ich beantrage hiermit die Mitgliedschaft im **Förderverein Wolkennest e.V.**
- ☐ Ich habe die **Satzung** gelesen und akzeptiere sie.
- ☐ Ich willige in die Verarbeitung meiner Daten gemäß beigefügter **Datenschutzerklärung** ein.
- ☐ Ich bin einverstanden, per E-Mail kontaktiert zu werden (optional).

Die **Satzung** sowie die **Datenschutzerklärung** können jederzeit auf der Homepage des Vereins unter  www.fv-wolkennest.de eingesehen und heruntergeladen werden.

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats für wiederkehrende Zahlungen

Kontakt Daten Verein: Förderverein Wolkennest e.V. - Raiffeisenstraße 9 - 55270 Engelstadt

Kontakt Daten Antragsteller:in:

DE25ZZZ00002862959	
Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)	Mandatsreferenz (Feld bitte frei lassen – nur vom Zahlungsempfänger auszufüllen)

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Förderverein Wolkennest e.V. Zahlungen mittels Lastschrift zum angegebenen Fälligkeitsdatum einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von Förderverein Wolkennest e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber:in:	
Kreditinstitut:	
BIC:	IBAN:

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____