

MITGLIEDSANTRAG

Hiermit beantrage ich/beantragen wir die Aufnahme in dem Verein „Kulturschmiede Osterode e.V.“

Zu deiner/Ihrer Person:

Vorname: _____	Straße: _____
Nachname: _____	Hausnummer: _____
Verein/ Unternehmen: _____	PLZ: _____
	Telefon: _____
	E-Mail: _____

Mitgliedschaft:

Ordentliches Mitglied:

- Einzelmitglied
- Erwerbslos
- Schüler
- Auszubildender
- Student

Jahresbeiträge:

20€
10€
15€
15€
15€

oder:

Fördermitglied:

- Einzelmitglied
- Vereinsmitgliedschaft
- Firmenmitgliedschaft

Jahresbeiträge:

mind. 20€
mind. 20€
mind. 30€

Ich/Wir möchten den Verein Kulturschmiede Osterode e.V. durch eine Fördermitgliedschaft unterstützen. Hierfür leisten wir folgenden jährlichen Beitrag: _____ Euro

Zustimmungserklärung:

Ich verpflichte mich/Wir verpflichten uns, sofern meinem/unseren Antrag stattgegeben wird, die Vereinszwecke zu unterstützen. Ich/Wir erkennen die Vereinssatzung* verbindlich an.

* Vereinssatzung abrufbar unter: www.Kulturschmiede-Osterode.de

Ort: Datum: Unterschrift:

Bitte sende uns/ bitte senden Sie uns das ausgefüllte und unterschriebene Formular an:
info@kulturschmiede-osterode.de oder an:

Kulturschmiede Osterode e.V.
Mühlenstraße 8
37520 Osterode am Harz



MITGLIEDSANTRAG

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

KULTURSCHMIEDE OSTERODE E.V.
MÜHLENSTRASSE 8
37520
OSTERODE

Gläubiger Identifikationsnummer:

DE99ZZZ05678901234

Mandatsreferenz: _____ (Wird vom Zahlungsempfänger ausgefüllt)

Lastschriftmandat:

Einzugsermächtigung: Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben) widerruflich, die von mir / uns zu entrichten- den 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)

Vorname des
Zahlungspflichtigen: _____
(Kontoinhaber)

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

Vorname: _____

Straße: _____

Nachname: _____

Hausnummer: _____

Verein/
Unternehmen: _____

PLZ: _____

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen):

DE __ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____

BIC des Zahlungspflichtigen:

Ort:

Datum:

Unterschrift: