

Aufnahmeantrag

Eisenbahnfreunde Mellrichstadt e. V.

1. Vorstand, Jürgen Klüber
Industriestraße 25, 97638 Mellrichstadt
☎ 09776 7043969

Zur Person/Personen

Name	Vorname	Geburtstag

Straße und Hausnummer	PLZ	Ort

Tel. Privat		Tel. geschäftlich	
Email-Adr.		Mobil. Tel.	

Freiwillige Angaben (nur zur Verwendung zur Vereinsverwaltung)

Partner	
---------	--

- | | | |
|---|--------------|---------------------|
| <input type="checkbox"/> Einzelmitgliedschaft (ab 18 Jahre) | Beitrag Euro | 17 Euro |
| <input type="checkbox"/> Familienmitgliedschaft : | Beitrag Euro | 25 Euro |
| <input type="checkbox"/> Jugendlicher (einschl. 17Jahre) : | Beitrag Euro | kein Beitrag |

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt für die oben genannten Person/Personen in den Verein der Eisenbahnfreunde Mellrichstadt e. V. und erkenne die gültigen Vereinsstatuten (Satzung) als bindend an.	Mein Beitritt erfolgt zum:
Ort, Datum	Unterschrift (bei minderjährigen, Erziehungsberechtigte)

Aufnahmeantrag

Eisenbahnfreunde Mellrichstadt e. V.

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Name des Zahlungsempfängers: Eisenbahnfreunde Mellrichstadt e. V.

1. Vorsitzender Jürgen Klüber
Industriestraße 25
97638 Mellrichstadt

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE91ZZZ00000197569

Anschrift des Zahlungspflichtigen
Kontoinhabers : _____

Mandatsreferenz (vergeben durch Verein) _____

Zahlungsart: wiederkehrende Zahlung

Einzugsermächtigung:

Ich/Wir ermächtige (n) Sie widerruflich, den von uns/mir zu zahlenden Mitgliederbeitrag bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem/unserem Konto einzuziehen.

Kontonummer: _____ BLZ: _____

Name des Kreditinstituts: _____

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich/Wir ermächtige(n) Sie, den Mitgliederbeitrag von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise (n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein/unser Konto gezogenen Lastschrift einzulösen.

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

Name des Kreditinstituts; _____

Zahlungsart: wiederkehrende Zahlung

BIC: _____ IBAN: DE _____
(Finden Sie auf Ihrem Kontoauszug) (Finden Sie auf Ihrem Kontoauszug)

Ort: _____ Datum: _____

Unterschrift: _____