

Mitgliedsantrag

Freimanner Klang e. V.

Wir freuen uns, dass du dich entschieden hast dem Freimanner Klang e. V. beizutreten.

Dazu musst du bitte noch das folgende Formular vollständig ausfüllen.

Neuaufnahme Änderung Förderndes Mitglied

Musizierendes Mitglied (Instrument) _____

Mit deinem Beitritt erkennst du die Vereinssatzung in der jeweilig gültigen Fassung an. Eine Kündigung der Mitgliedschaft muss schriftlich erfolgen.

PERSONENDATEN

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ Nr.: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Telefon: _____ Mobiltelefon: _____

E-Mail: _____

Geburtsdatum: _____ Eintritt (Datum): _____

MITGLIEDSBEITRAG: 30 €pro Kalenderhalbjahr (Jugendliche unter 15 Jahren sind beitragsfrei)

Zahlungsweise: Lastschrifteinzug SEPA-Lastschriftmandat

UNTERSCHRIFT

Mit dieser Erklärung trete ich dem VEREIN Freimanner Klang e. V. bei.
Durch den Beitritt entstehen gegenüber dem VEREIN Freimanner Klang e. V. keinerlei finanzielle, materielle sowie sonstige Forderungsansprüche.
Eine Rückerstattung von bereits gezahlten Beträgen ist nicht möglich.
Der Vorstand vom VEREIN Freimanner Klang e. V. behält sich das Recht vor, Mitglieder in begründeten Ausnahmefällen auszuschließen.

Ort, Datum, Unterschrift (Bei Minderjährigen: Unterschrift des Erziehungsberechtigten)

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Name des Zahlungsempfängers:

Freimänner Klang e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers**Straße und Hausnummer:**

Tittmoninger Str. 4

Postleitzahl und Ort:

81679 München

Gläubiger-Identifikationsnummer:

DE23ZZZ00000197338

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):**Einzugsermächtigung:**

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben) widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden 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):**Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)****Straße und Hausnummer:****Postleitzahl und Ort:****IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen):**

D E

BIC (8 oder 11 Stellen):

D E

Ort:**Datum (TT/MM/JJJJ):****Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):**