



Nienstädt, den _____

Antrag auf Mitgliedschaft

Hiermit beantrage ich die Aufnahme bei Sternenkind Schaumburg e. V. als

Mitglied

24 €/Jahr

Förderndes Mitglied

_____ €/Jahr (mindestens 25 €)

Person:

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Aktueller Wohnort:

Straße / H-Nr.: _____

Telefon: _____

PLZ/Ort: _____

E-Mail: _____

Bevorzugter Kommunikationsweg Post E-Mail (bitte oben angeben)

Bei Umzug bitten wir um Info an info@sternenkind-schaumburg.de

SEPA-Lastschriftmandat:

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE51ZZZ00002861618

Mandatsreferenz (Erstellt sich aus der Mitgliedsnummer)

Ich ermächtige Sternenkind Schaumburg e. V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von Sternenkind Schaumburg e. V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlungen. Der Beitrag wird jährlich zum **01. März** fällig. Für das Antragsjahr wird der Betrag anteilig sofort nach Antragsgenehmigung eingezogen.

IBAN: _____

BIC: _____

Name der Bank: _____

Name Kontoinhaber: _____

Unterschrift Antragsteller

Unterschrift Kontoinhaber falls abweichend

Vom Verein auszufüllen:

Mitgliedsnummer: _____

Antrag genehmigt Unterschrift 1. Vorsitzender: _____

Antrag genehmigt Unterschrift 2. Vorsitzender: _____