Sternenkind Schaumburg e.V.

Nienstädt, den _____

Antrag auf Mitgliedschaft

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

O **Mitglied** — 24 €/Jahr

O **Förderndes Mitglied** — _____ €/Jahr (mindestens 25 €)

Person:

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Aktueller Wohnort:

Straße / H-Nr.: _____ Telefon: _____

PLZ/Ort: _____ E-Mail: _____

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

SEPA-Lastschriftmandat:
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE48255914130058348000
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. Januar 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: _____

O Antrag genehmigt Unterschrift 1. Vorsitzender:_____

O Antrag genehmigt Unterschrift 2. Vorsitzender:_____