

Beitrittserklärung



Förderverein
Dorfgemeinschaft Ahle e.V.



Ich möchte Mitglied im Förderverein Dorfgemeinschaft Ahle e.V. werden und beantrage die Aufnahme.

Name	Vorname
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	
Geburtsdatum	Telefonnummer
E-Mail	

Ich entscheide mich für folgenden Jahresbeitrag

<input type="checkbox"/> Erwachsene mit 36 €	<input type="checkbox"/> Familien mit 48 €
<input type="checkbox"/> Verein mit 36 €	Vereinsname

Weiterhin beantrage ich die Aufnahme der folgenden Familienmitglieder (Kinder, Ehepartner)

Vorname, Name	Geburtsdatum
Vorname, Name	Geburtsdatum
Vorname, Name	Geburtsdatum
Vorname, Name	Geburtsdatum

Den Verwendungszweck, die Satzung und die Beitragsordnung erkenne ich durch meine Unterschrift hiermit an.

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

Geschäftsführender Vorstand

Vorsitzender	Stellv. Vorsitzender	Schatzmeister	BANKVERBINDUNG
Ullrich Taubert Dammstr. 5, Bünde Tel. 05223/5601	Olaf Mandelkow Eskerheide 5a, Bünde Tel. 05223/62904	Nora Müller Weberstr. 20, Bünde Tel. 05223/6509757	Sparkasse Herford IBAN: DE10 49450120 0201002847 BIC: WLAHDE44XXX

Zahlungsmöglichkeit



Förderverein
Dorfgemeinschaft Ahle e.V.



Ich entscheide mich für folgende Zahlungsmöglichkeit des Jahresbeitrags:

Überweisung:

Innerhalb des jeweiligen Jahres werde ich den gewählten Jahresbeitrag auf das Konto des Fördervereins Dorfgemeinschaft Ahle e.V. überweisen. Alle nötigen Informationen können u.a. dem Willkommensschreiben entnommen werden.

SEPA-Lastschriftinzug

Der Jahresbeitrag soll durch Bankeinzug bezahlt werden. Die Einzugsermächtigung wird bei Austritt aus dem Förderverein Dorfgemeinschaft Ahle e.V. widerrufen.

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-ID: DE 95 ZZZ 00001122586

Mandatsreferenz-Nr.: wird im Willkommensschreiben mitgeteilt

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger Förderverein Dorfgemeinschaft Ahle e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger Förderverein Dorfgemeinschaft Ahle 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 Zahlung

Name, Vorname
(Kontoinhaber)

Straße, Hausnr.

PLZ, Ort

IBAN:

BIC:

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

Geschäftsführender Vorstand

Vorsitzender	Stellv. Vorsitzender	Schatzmeister	<u>BANKVERBINDUNG</u>
Ullrich Taubert Dammstr. 5, Bünde Tel. 05223/5601	Olaf Mandelkow Eskerheide 5a, Bünde Tel. 05223/62904	Nora Müller Weberstr. 20, Bünde Tel. 05223/6509757	Sparkasse Herford IBAN: DE10 49450120 0201002847 BIC: WLAHDE44XXX