



Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage ich _____
Name*, Vorname*

geboren am _____
Geburtsdatum

wohnhaft in _____
Straße*, PLZ, Ort*

erreichbar per _____
Telefon-, Handynummer (freiwillig)*

_____ E-Mail-Adresse (freiwillig)*

die Mitgliedschaft im Familienzentrum Deggendorf e. V., Amanstr. 9, 94469 Deggendorf (Homepage: www.familienzentrum-deggendorf.de). Der Mitgliedsbeitrag beträgt derzeit 30 € pro Jahr und ist zum Jahresbeginn auf das Konto IBAN DE3974150000420303323 zu entrichten.

Ich bin mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der personenbezogenen Daten durch den Verein zur Mitgliederverwaltung im Wege der elektronischen Datenverarbeitung einverstanden.

Deggendorf, den (Unterschrift Mitglied)

SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT

zum wiederkehrenden Einzug des Mitgliedsbeitrages Familienzentrum Deggendorf e. V.
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE17ZZZ00001477167
Mandatsreferenz: Ihre Mitgliedsnummer (wird gesondert mitgeteilt)

Ich ermächtige den Verein, den jährlich fälligen Mitgliedsbeitrag bei Fälligkeit zu Lasten des folgenden Girokontos mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Familienzentrum Deggendorf e.V. auf untenstehendes 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.

Kt. Inhaber (falls abweichend)	
Kt. Nr. oder IBAN*	

Vorabinformation (Pre-Notifikation): Den jeweils fälligen Beitrag ziehen wir mit einer SEPA-Lastschrift von Ihrem Konto jeweils frühestens zum 1.3. jeden Jahres ein. Fällt der Fälligkeitstag auf ein Wochenende/einen Feiertag verschiebt sich der Fälligkeitstag auf den 1. folgenden Werktag.

(Ort, Datum) (Unterschrift Kontoinhaber oder Bevollmächtigter)

* Änderungen (z.B. Name, Adresse, IBAN etc.) sind dem Verein unverzüglich mitzuteilen.