

Familienbeitrittserklärung / Aufnahmeantrag / SEPA-Lastschriftmandat

Hiermit bitten wir um Aufnahme als Mitglieder in den AKV Vallis Comitis e. V.

Wir möchten an Arbeitseinsätzen bei Veranstaltungen mitwirken.

Ja Nein



Wir möchten regelmäßig alle Informationen erhalten.

Ja Nein

Wenn keine regelmäßigen Einladungen und Informationen gewünscht sind, erfolgt ausschließlich die Einladung zur Jahreshauptversammlung.

Wir ermächtigen den AKV Vallis Comitis e. V. den Beitrag gemäß SEPA-Lastschriftmandat auf der Rückseite dieser Beitrittserklärung einzuziehen. Die Mandatsnummer ist die Mitgliedsnummer des nachstehend zuerst genannten Mitgliedes. Der Beitrag wird jährlich am 1. April eingezogen.

Uns ist bekannt, dass die Kündigung der Mitgliedschaft nur mit Einschreiben an den 1. Vorsitzenden des Vereins erfolgen kann.

Der Familienjahresbeitrag beträgt aktuell 60,00 Euro* pro Jahr.

Wir beantragen die Mitgliedschaft für folgende Familienmitglieder ab -----
Eintrittsdatum

Vorname Name Geburtsdatum

Vorname Name Geburtsdatum

Vorname Name Geburtsdatum

Vorname Name Geburtsdatum

Vorname Name Geburtsdatum

Straße Ort Mailadresse

Ort, Datum Unterschrift

* Mit Vollendung des 18. Lebensjahres eines Kindes wird die Mitgliedschaft automatisch in eine eigenständige Mitgliedschaft umgewandelt. Der Beitrag wird bis auf andere Weisung weiterhin von dem angegebenen Konto eingezogen.

SEPA-Lastschriftmandat (SEPA Direct Debit Mandate)
für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/for SEPA Core Direct Debit Scheme

Wiederkehrende Zahlungen/
Recurrent Payments

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

AKV Vallis Comitis e. V.

Im Lehmpütt 17

47574 Goch

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)

DE20AKV0000031037

Mandatsreferenz

Mitgliedsnummer

SEPA-Lastschriftmandat

[Name des Zahlungsempfängers]

Ich/Wir ermächtige(n) **AKV Vallis Comitis e. V.**

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

[Name des Zahlungsempfängers]

AKV Vallis Comitis e. V.

auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber (Vorname, Name)

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Kreditinstitut


BIC¹

IBAN

D E

Ort, Datum

Unterschrift(en)

 1 Hinweis: Ab 01.02.2016 kann die Angabe des BIC bei Zahlungen innerhalb EU/EWR entfallen.