

Beitrittserklärung / Aufnahmeantrag / SEPA-Lastschriftmandat

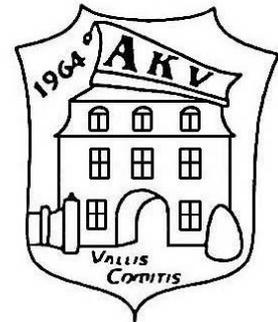
Hiermit bitte ich um Aufnahme als Mitglied in den AKV Vallis Comitis e. V.

Ich möchte an Arbeitseinsätzen bei Veranstaltungen mitwirken.

Ja Nein

Ich möchte regelmäßig alle Informationen erhalten.

Ja Nein



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

Ich ermächtige den AKV Vallis Comitis e. V. den Beitrag gemäß SEPA-Lastschriftmandat auf der Rückseite dieser Beitrittserklärung einzuziehen. Die Mandatsnummer ist meine Mitgliedsnummer. Der Beitrag wird jährlich am 1. April eingezogen.

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

Der Jahresbeitrag soll EUR, mindestens 24,00 EUR* betragen.

Vorname

Name

Eintritt zum

Wohnort

Strasse und Haus-Nr.

Geburtsdatum

Email-Adresse

.....
Unterschrift

Bei Minderjährigen ist die Unterschrift des/der gesetzlichen Vertreter erforderlich.

* Der Beitrag für jugendliche Mitglieder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres beträgt laut Satzung die Hälfte des zu Zeit gültigen Beitrages. Kinder sind bis zur Aufnahme in eine Tanzgarde, längstens bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres beitragsfrei.

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.