

Elferrat St. Michael Feldkirchen e.V.

Michaelstraße 4 – 56567 Neuwied



Beitrittserklärung

Ich beantrage die Mitgliedschaft im Verein "Elferrat St. Michael Feldkirchen e.V."

Mitgliedsnummer (trägt der Verein ein)	<input type="text"/>
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Vorname	<input type="text"/>
Name	<input type="text"/>
Straße, Nr.	<input type="text"/>
PLZ, Ort	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>
Telefon-Nr.	<input type="text"/>
mobil	<input type="text"/>
E-Mail	<input type="text"/>
Eintrittsdatum	<input type="text"/>

Beitritt weiterer Familienmitglieder (Ehe-/Lebenspartner, Kinder / Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr)

<input type="checkbox"/> ^m Vorname	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> ^w Name (falls abw.)	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> ^m Vorname	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> ^w Name (falls abw.)	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> ^m Vorname	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> ^w Name (falls abw.)	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>

Ist bereits ein Familienmitglied im Verein, dann bitte einen Namen nennen:

Vorname	<input type="text"/>
Name (falls abw.)	<input type="text"/>

	Jahrebeitrag
1 Kind / Jugendlicher bis zum 18. Lebensjahr	6,- Euro
1 Erwachsener	12,- Euro
Familienbeitrag	18,- Euro

(Ort, Datum, Unterschrift)

Diese Beitrittserklärung ist nur in Verbindung mit der umstehenden Einzugsermächtigung gültig. Barzahlung bzw. Überweisung des Mitgliedsbeitrages ist nicht möglich!



Elferrat St. Michael Feldkirchen e.V.

Michaelstraße 4 – 56567 Neuwied



Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats zum wiederkehrenden Einzug des Mitgliedsbeitrags

Die Entrichtung des Beitrages soll durch Bankeinzug erfolgen:

Name des Zahlungsempfängers: Elferrat St. Michael Feldkirchen e.V.
Anschrift des Zahlungsempfängers: Michaelstraße 4, 56567 Neuwied
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE97ZZZ00001068036
Mandatsreferenz: Mitgliedsnummer

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger **Elferrat St. Michael Feldkirchen e.V.** Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger **Elferrat St. Michael 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 Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber (falls abweichend vom umseitigen Mitglied)

Vorname	
Name	
Straße, Nr.	
PLZ, Ort	
Geldinstitut	
BIC	DE
IBAN	DE

(Ort, Datum, Unterschrift des Kontoinhabers)