Beitrittserklärung

Förderverein für Hörgeschädigte

Ich erkläre mich bereit, dem

Förderverein für Hörgeschädigte Neuwied e.V.
Im Mühlengrund 3
56566 Neuwied

Auf der Grundlage der Satzung vom 02. Dezember 2021 beizutreten.

Der Mindestbeitrag beträgt 12,00 Euro pro Jahr, um die Kosten zu decken. Einen höheren Beitrag, der die Arbeit unterstützt, bestimmen Sie selbst.

Ich bin bereit, den Verein mit **monatlich** …….. € zu fördern.

Mein **Jahresbeitrag** beträgt somit …….€.

Eintrittsdatum: ……

Zutreffendes bitte ankreuzen:

☐ Ich möchte meinen Beitrag per Bankeinzug/Lastschrift bezahlen.
siehe Rückseite, bitte ausfüllen

☐ Ich werde meinen Beitrag jeweils im ersten Quartal des Jahres auf das Konto des Fördervereins bei der Sparkasse Neuwied überweisen:
IBAN: DE83 5745 0120 0100 1034 80 BIC: MALADE51NWD

Meine Anschrift lautet:

Name:_____ Vorname: _____

Straße und Nummer: _____

PLZ und Ort: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

_____ _____
Datum, Ort Unterschrift

Beitrittserklärung bitte an den Förderverein für Hörgeschädigte Neuwied e.V., Im Mühlengrund 3, 56566 Neuwied senden.

SEPA-Lastschriftmandat

Name des Zahlungsempfängers: Förderverein für Hörgeschädigte e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers:

Straße und Hausnummer: Im Mühlengrund 3

PLZ und Ort: 56566 Neuwied **Land:** Deutschland

Vom Zahlungsempfänger auszufüllen:

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE87ZZZ00000151081

Mandatsreferenz:

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein / unser Konto gezogene 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.

Zahlungsart:
☐ Wiederkehrende Zahlung ☐ Einmalige Zahlung

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer:

PLZ und Ort:

IBAN des Zahlungspflichtigen (max.35 Stellen)

BIC (8 oder 11 Stellen)

Ort **Datum (TT/MM/JJJJ)**

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)