

Antrag auf Mitgliedschaft

im Verein Zu Hause in Kochstedt e.V.

Straße, Hausnummer:

Postleitzahl:

Ort:

Telefon:

Email:

persönliche Daten

meines/meiner Partners/Partnerin

| | | | | | | | | |
|-------------------------------------|----------------------|---------|---------|------------|----------------------|---------|---------|------------|
| Vorname: | | | | | | | | |
| Name: | | | | | | | | |
| Geburtsdatum: | | | | | | | | |
| Ich bin: | unter 18 | über 18 | Rentner | arbeitslos | unter 18 | über 18 | Rentner | arbeitslos |
| bitte ankreuzen | | | | | | | | |
| Jahresbeitrag | beitragsfrei | 30,00 € | 15,00 € | 15,00 € | beitragsfrei | 30,00 € | 15,00 € | 15,00 € |
| höherer individueller Jahresbeitrag | in Höhe von: _____ € | | | | in Höhe von: _____ € | | | |

Die Summe aller unter den persönlichen Kriterien angekreuzten Beiträge bzw. die Summe der individuellen Beiträge ergibt den Jahres- Mitgliedsbeitrag, der am 1. Werktag im März fällig ist.

Ort: _____, den _____

Unterschrift/en: _____

Diesen Antrag ausdrucken, ausfüllen und per Post an:

Zu Hause in Kochstedt e.V.

Königendorfer Straße 9

06847 Dessau

oder per Fax : (0340) 57 11 499

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Zahlungsempfänger:
Anschrift:

Zu Hause in Kochstedt e.V.
Königendorfer Straße 9
06847 Dessau-Roßlau

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen)

Gläubiger-Identifikationsnummer:

DE74ZZZ00000404679

Die Übermittlung an den Zahlungspflichtigen erfolgt separat

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige / Wir ermächtigen Zu Hause in Kochstedt e.V. Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die von Zu Hause in Kochstedt 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.

| | | |
|---------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Zahlungsart: bitte ankreuzen | <input type="checkbox"/> wiederkehrend | <input type="checkbox"/> einmalig Einzug erfolgt am 1.Werktag im März, dann jährlich folgend, bis auf Widerruf! |
| Vorname, Name: | | |
| Straße, Hausnummer: | | |
| Postleitzahl, Ort: | | |
| IBAN: | | |
| BIC: | | |
| Name des Kreditinstituts: | | |

Über den ersten Einzug der SEPA- Lastschrift wird mich / uns der Zahlungsempfänger Zu Hause in Kochstedt e.V. unterrichten.

Datum: _____ Unterschrift des/der Kontoinhaber/s: _____