



FREUNDE VON MONTESPERTOLI E.V.



# Beitrittserklärung

Ich/Wir \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Name(n) in Druckbuchstaben)

\_\_\_\_\_  
(Vorname)

\_\_\_\_\_  
(Geb.-Datum)

\_\_\_\_\_  
(PLZ, Wohnort, Straße, Haus-Nr.)

erreichbar unter \_\_\_\_\_

(Tel.-Nr.)

(Handy)

(email-Adresse)

erkläre(n) hiermit meinen/unseren Beitritt zum Verein Freunde von Montespertoli e. V. ab \_\_\_\_\_

als  Einzelmitglied als  Familienmitgliedschaft

Ich verpflichte mich damit zur Einhaltung der Satzung des Vereins.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller

## Auszug aus der Satzung:

§7: Der Austritt aus dem Verein erfolgt durch schriftliche Anzeige an den Vorstand. Er ist nur zum Schluss des Kalenderjahres unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von drei Monaten zulässig.

Beitrag:	Familien-Jahresbeitrag	20,00 EUR
	Einzel-Personen-Jahresbeitrag	14,00 EUR

**Bitte füllen Sie das auf der Rückseite abgedruckte Formular zur Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA- Lastschriftmandats vollständig aus; die Mandatsreferenz wird Ihnen nach der Datenerfassung separat mitgeteilt.**

Wir speichern Ihre personenbezogenen Daten in unserem Vereinsverwaltungsprogramm; diese Daten werden nicht an Dritte weitergegeben!

# Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

**Name des Zahlungsempfängers:**

Freunde von Montespertoli e. V.

**Anschrift des Zahlungsempfängers****Straße und Hausnummer:**

Adalbert-Stifter-Str. 11

**Postleitzahl und Ort:**

91413

Neustadt a. d. Aisch

**Gläubiger-Identifikationsnummer:**

DE71ZZZ00000030798

**Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):****Einzugsermächtigung:**

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben) widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem / unserem Konto einzuziehen.

**SEPA-Lastschriftmandat:**

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 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:** Wiederkehrende Zahlung Einmalige Zahlung**Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):****Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)****Straße und Hausnummer:****Postleitzahl und Ort:****IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen):**

D E

**BIC (8 oder 11 Stellen):**

D E

**Ort:****Datum (TT/MM/JJJJ):****Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):**