



Platzhalter

Freundeskreis Wissädalä Fasänachdä 1995 Förderverein e.V.

Beitrittserklärung

***Familienmitgliedschaft** / ***Einzelmitgliedschaft**

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Freundeskreis Wissädalä Fasänachdä 1995 Förderverein e.V..

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

PLZ/ Ort: _____

Geb.- Datum: _____

Telefon: _____ Mobiltelefon: _____

E-Mail: _____

****Beruf:** _____

Ein Antrag auf Mitgliedschaft im Förderverein kann erst ab dem 16. Lebensjahr gestellt werden. Bei Antragstellern unter 18 Jahren ist die Erlaubnis und die Unterschrift der Erziehungsberechtigten zwingend erforderlich.

Alle Mitgliedsbeiträge sind Jahresbeiträge.

Die Mindestbeiträge für Einzelpersonen betragen 30 Euro.

Die Mindestbeiträge für Familien betragen 50 Euro.

Bei Vorliegen einer sog. Zugleichmitgliedschaft Mitglied im FWF 1995 e.V. und Förderverein reduziert sich der Beitrag auf mindestens 10 Euro pro Person.

20 Euro für Familien.

SEPA- Lastschriftmandat:

Hiermit ermächtige ich den Freundeskreis Wiessädalä Fasänachdä 1995 Förderverein e.V.

Zahlungen von meinem Kontomittels Lastschrift jährlich einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Freundeskreis Wiessädalä Fasänachdä 1995 Förderverein e.V. auf mein Konto gezogene Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten hierbei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Geschäftsbedingungen.

_____ / _____
(Name/ BIC) Kreditinstitut

DE _/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_

Datum, Ort und Unterschrift

* nichtzutreffendes bitte Streichen

** freiwillige Angabe



Platzhalter

Freundeskreis Wissädalä Fasänachdä 1995 Förderverein e.V.

Anlage für Familienmitgliedschaften:

Familienname: _____

Vorname (*Mann/ *Frau) _____ Geb. Datum: _____

Vorname (1.Kind) _____ Geb. Datum: _____

Vorname (2.Kind) _____ Geb. Datum: _____

Vorname (3.Kind) _____ Geb. Datum: _____

Vorname (4.Kind) _____ Geb. Datum: _____

Namenszeichen Antragsteller: _____

* nichtzutreffendes bitte Streichen

** freiwillige Angabe