

Beitrittserklärung zur Mitgliedschaft im Familienzentrum Waldkraiburg e. V.

Der Unterzeichner erklärt den Beitritt zu dem Verein
Familienzentrum Waldkraiburg e. V.
und verpflichtet sich, den festgelegten Jahresbeitrag
von mindestens **15,00 Euro zu leisten.**

Name: _____ Vorname: _____

geboren am: _____ Beruf: _____

Straße: _____ PLZ / Ort: _____

Telefon: _____ Handy: _____

E-Mail: _____ Internet: _____

Ehegatte: _____ geboren am: _____

Name der Kinder: _____

geboren am : _____

Waldkraiburg, den _____

Unterschrift

Der Austritt ist nur zum Schluss eines Kalenderjahres unter Einhaltung einer Frist
von 4 Wochen schriftlich gegenüber den Familienzentrum Waldkraiburg e.V.
zulässig.

Familienzentrum Waldkraiburg e. V.

Geschäftsführer Franz Maier
Kopernikusstr. 5
84478 Waldkraiburg
Tel: 08638 881574
Fax: 08638 881334

muetterzentrum-waldkraiburg@gmx.de
www.familienzentrum-waldkraiburg.de
Sparkasse Waldkraiburg
BIC: BYLADEM1MDF
IBAN: DE42711510200000716738

Postfach 1739
84470 Waldkraiburg
Vereinsregisternummer VR 323
Finanzamt Mühldorf
141/108/20020



Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandat	
Name des Zahlungsempfängers:	
Familienzentrum Waldkraiburg e. V.	
Anschrift des Zahlungsempfängers	
Kopernikus Straße 5 84478 Waldkraiburg	
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE91ZZZ00000957952	
Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen): _____	
<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	
Zahlungsart:	
<input type="checkbox"/> Wiederkehrende Zahlung	<input type="checkbox"/> Einmalige Zahlung
Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)	
Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)	
Straße und Hausnummer:	
Postleitzahl und Ort:	
IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen)	
DE_____	
BIC (8 oder 11 Stellen): _____	
Ort: _____	Datum (TT/MM/JJJJ) _____
Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber): _____	

Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Lastschrift wird mich / uns der Zahlungsempfänger (Name siehe oben) über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten.