



Verein zur Förderung
der Partnerschaft
Cecina – Gilching e.V.



Verein zur Förderung der
Partnerschaft Cecina-Gilching e.V

Formular drucken

Jakob Promoli
Gautinger Str. 1
82205 Gilching

Datum

Aufnahmeantrag

**Hiermit beantrage ich die Aufnahme in den Verein zur Förderung
der Partnerschaft Cecina - Gilching e. V.**

Name	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
Geburtstag	<input type="text"/>		
Strasse	<input type="text"/>	PLZ, Ort	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>	Mail	<input type="text"/>

Mitgliedschaft als (bitte Zutreffendes auswählen)

- | | | |
|--------------------------|--|---------|
| <input type="checkbox"/> | Einzelperson | 16,00 € |
| <input type="checkbox"/> | Einzelperson, ermäßigt (Rentner, Student oder Schüler) | 7,00 € |
| <input type="checkbox"/> | Familie | 26,00 € |
| <input type="checkbox"/> | Familie, ermäßigt (Rentner, Student oder Schüler) | 14,00 € |
| <input type="checkbox"/> | Juristische Person (Firmen, Vereine, usw.) | 40,00 € |

für Familienmitgliedschaft:

Ehegatte	Vorname	<input type="text"/>	Geburtstag	<input type="text"/>
Kind1	Vorname	<input type="text"/>	Geburtstag	<input type="text"/>
Kind2	Vorname	<input type="text"/>	Geburtstag	<input type="text"/>

Der Jahresbeitrag für obige Mitgliedschaft beläuft sich auf: Euro

Unterschrift des Mitglieds

Unterschrift des gesetzl. Vertreters bei Minderjährigen



Verein zur Förderung
der Partnerschaft
Cecina – Gilching e.V.



Jakob Promoli
Gautinger Str. 1
82205 Gilching

Erteilung des SEPA-Lastschriftmandats

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE34ZZZ00000463987

Mandatsreferenz: wird gesondert mitgeteilt

Ich ermächtige den Verein zur Förderung der Partnerschaft Cecina – Gilching e.V., Gilching, Zahlungen wiederkehrend von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verein auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Der Mitgliedsbeitrag wird als Jahresbeitrag am 16. März jeden Jahres fällig. Fällt dieser nicht auf einen Bankarbeitstag, erfolgt der Einzug am unmittelbar darauf folgenden Bankarbeitstag.

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

Kontoinhaber: _____
Kreditinstitut: _____
IBAN: _____
BIC: _____

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers

Falls Mitglied und Kontoinhaber nicht identisch sind:

Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für die Mitgliedschaft von: _____