

Musikverein für Heimatpflege Dörth e.V.

MITGLIED DES DEUTSCHEN VOLKSMUSIKERBUNDES

Beitrittserklärung

Ich möchte dem Musikverein für Heimatpflege e.V. Dörth als förderndes Mitglied beitreten.

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ PLZ, Ort: _____

Telefon: _____ e-mail: _____

Geburtsdatum: _____ Mitglieds-Nr. des Vereins: *wird vom Verein*
vergeben

Der Jahresmitgliedsbeitrag beträgt **20 €** und wird jeweils zu Beginn eines Jahres am **15. Januar** fällig.

Die Satzung des Vereins erkenne ich an. Ein Austritt kann nur zum 31.12. eines Jahres erfolgen. Voraussetzung dafür ist, dass die Austrittserklärung **vorher** einem Mitglied des Vorstandes **schriftlich** zugeht.

Ort, Datum

Unterschrift des Mitglieds oder des gesetzl. Vertreters

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA- Lastschriftmandats an:

| | |
|------------------------|--|
| Zahlungs- Empfänger | Musikverein für Heimatpflege Dörth e.V., Gläubiger-ID-Nr. <i>DE42MVD00000281968</i> ; Mandatsreferenz-Nr.* |
|------------------------|--|

*Die Mandatsreferenz-Nr. (= MitgliedsNr. des Vereins) wird dem Kontoinhaber mit einer separaten Ankündigung über den erstmaligen Einzug des Lastschriftbetrages mitgeteilt.

| | | |
|--------------|---|----------|
| Kontoinhaber | <input type="checkbox"/> Name, Anschrift wie oben | |
| | Name: | Vorname: |
| | PLZ, Ort: | Straße: |
| | Konto-Nr.: | BLZ: |
| | IBAN: | BIC: |
| | Name der Bank: | |

| | |
|---------------------------|--|
| Einzugser- mächtigung: | Ich/Wir ermächtige/n den Musikverein für Heimatpflege Dörth e.V. die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift vom o.g. Konto einzuziehen. |
|---------------------------|--|

| | |
|---|---|
| Mandat für Einzug von SEPA-Basis- Lastschriften: | Ich/Wir ermächtige/n den Musikverein für Heimatpflege Dörth e.V. Zahlungen vom o.g. Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise/n ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom Musikverein für Heimatpflege Dörth e.V. auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. <i>Hinweis:</i> 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. <input type="checkbox"/> Mandat gilt für eine einmalige Zahlung <input type="checkbox"/> Mandat gilt für wiederkehrende Zahlungen |
|---|---|

Ort / Datum

Unterschrift des / der Kontoinhaber