

Beitrittserklärung



Förderverein
Dorfgemeinschaft Ahle e.V.



Ich möchte Mitglied im Förderverein Dorfgemeinschaft Ahle e.V. werden und beantrage die Aufnahme.

Name	Vorname
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	
Geburtsdatum	Telefonnummer
E-Mail	

Ich entscheide mich für folgenden Jahresbeitrag

☐ Erwachsene mit 36 €	☐ Familien mit 48 €
☐ Verein mit 36 €	Vereinsname

Weiterhin beantrage ich die Aufnahme der folgenden Familienmitglieder (Kinder, Ehepartner)

Vorname, Name	Geburtsdatum
Vorname, Name	Geburtsdatum
Vorname, Name	Geburtsdatum
Vorname, Name	Geburtsdatum

Den Verwendungszweck, die Satzung und die Beitragsordnung erkenne ich durch meine Unterschrift hiermit an.

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

Geschäftsführender Vorstand

Vorsitzender	Stellv. Vorsitzender	Schatzmeister	BANKVERBINDUNGEN
Dr. Nora Müller Weberstr. 20, Bünde Tel. 0175/7249712	John Ransiek Boschstr. 91, Bünde Tel. 05223/499674	Kerstin Windmann Hasenneststr. 11, Bünde Tel. 05223/14857	Sparkasse: DE10 4945 0120 0201 0028 47 Volksbank: DE58 4786 0125 0437 8895 00

Zahlungsmöglichkeiten



Förderverein
Dorfgemeinschaft Ahle e.V.



Ich entscheide mich für folgende Zahlungsmöglichkeit des Jahresbeitrags:

☐

Überweisung:

Innerhalb des jeweiligen Jahres werde ich den gewählten Jahresbeitrag auf das Konto des Fördervereins Dorfgemeinschaft Ahle e.V. überweisen. Alle nötigen Informationen können u.a. dem Willkommensschreiben entnommen werden.

☐

SEPA-Lastschriftzug

Der Jahresbeitrag soll durch Bankeinzug bezahlt werden. Die Einzugsermächtigung wird bei Austritt aus dem Förderverein Dorfgemeinschaft Ahle e.V. widerrufen.

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-ID: DE 95 ZZZ 00001122586

Mandatsreferenz-Nr.: wird im Willkommensschreiben mitgeteilt

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger Förderverein Dorfgemeinschaft Ahle e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger Förderverein Dorfgemeinschaft Ahle e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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.

Zahlungsart: wiederkehrende Zahlung

Name, Vorname
(Kontoinhaber)

Straße, Hausnr.

PLZ, Ort

IBAN:

BIC:

Ort, Datum

Unterschrift

Geschäftsführender Vorstand

Vorsitzender	Stellv. Vorsitzender	Schatzmeister	<u>BANKVERBINDUNGEN</u>
Dr. Nora Müller Weberstr. 20, Bünde Tel. 0175/7249712	John Ransiek Boschstr. 91, Bünde Tel. 05223/499674	Kerstin Windmann Hasenneststr. 11, Bünde Tel. 05223/14857	Sparkasse: DE10 4945 0120 0201 0028 47 Volksbank: DE58 4786 0125 0437 8895 00