

# Mitgliedsantrag

An den

Freifunk Ostholstein e.V.

Postfach 12 20

23662 Timmendorfer Strand

Ich trete dem Verein „Freifunk Ostholstein e.V.“  
bei als (bitte ankreuzen)

Ordentliches Mitglied

☐

Fördermitglied

☐

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Freifunk Ostholstein e.V. .

Name : \_\_\_\_\_

Vorname : \_\_\_\_\_

Firma : \_\_\_\_\_

Straße : \_\_\_\_\_

PLZ / Ort : \_\_\_\_\_

Fax : \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Internet: \_\_\_\_\_

Gemäß der Satzung bin ich (bitte ankreuzen)

Privatperson (rein private Nutzung)

☐

Gemeinnützige Organisation

☐

Andere

(inkl. Einzelunternehmen)

☐

Die Mitgliedschaft ist für Personen, die Freifunk ausschließlich  
privat Nutzen und gemeinnützige Organisationen kostenfrei. Für alle  
anderen beträgt der Mitgliedsbeitrag jährlich 25,00 €. Um großzügige  
Geld- und Sachspenden für die gemeinnützige Versorgung auch  
öffentlicher Gelände und Spazierwege wird gebeten.

Der Teilnahme am Lastschriftverfahren stimme ich zu. Diese erfolgt  
grundsätzlich an einem dritten Dienstag eines Jahres.  
Bitte füllen Sie dafür das umseitige Lastschriftmandat bei Bedarf aus.

Die Mitgliedschaft gilt für das Kalenderjahr und verlängert sich  
automatisch so sie nicht bis zum 30.9. desselben Jahres schriftlich  
gekündigt wird.

Ich trete dem Verein als Mitglied in einer bereits  
bestehenden Organisation bei, mit dem Frei-  
funk Ostholstein e. V. (FOH) ein bestehendes  
Rahmenabkommen geschlossen hat.  
(bitte ankreuzen)

Tourist-Service

Timmendorfer-Strand e.V.

☐

Fremdenverkehrsverein

Ostseeheilbad

Niendorf/Ostsee e.V.

☐

Datum, Ort: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

## Freifunk Ostholstein e.V.

Freifunk Ostholstein e.V.  
Postfach 12 20  
23662 Timmendorfer Strand

Email: [info@ostholsten.freifunk.net](mailto:info@ostholsten.freifunk.net)  
Internet: <http://www.ostholstein.freifunk.net>  
Fax: +49 4503 351735

IBAN: DE98 2139 2218 0000 1410 70  
BIC: GENODEF1EUT  
Bank: Volksbank Eutin Raiffeisenbank



**SEPA-Lastschriftmandat** (SEPA Direct Debit Mandate)  
für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/SEPA Core Direct Debit Scheme

**Wiederkehrende Zahlungen/Recurrent Payments**

**Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)**

An den  
Freifunk Ostholstein e. V.  
Postfach 12 20  
23662 Timmendorfer Strand

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)  
DE47ZZZ00001510383

Mandatsreferenz

**SEPA-Lastschriftmandat**

**Ich/Wir ermächtige(n)**

[Name des Zahlungsempfängers]

, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

[Name des Zahlungsempfängers]

auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Kontoinhaber (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

Kreditinstitut

BIC<sup>1</sup>

IBAN

Ort, Datum

Unterschrift

**Frist zum Versand der Vorabinformation**

Ich/Wir sind damit einverstanden, dass uns der Zahlungsempfänger über die anfallenden Entgelte spätestens <sup>1</sup> Geschäftstage vor der Belastung eine Rechnung übersenden wird, die jeweils den Lastschriftbetrag und den Fälligkeitstag ausweist.

Ort, Datum

Unterschrift

<sup>1</sup> Hinweis: Ab 01.02.2014 kann die Angabe des BIC entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt.

**SEPA-Lastschriftmandat** (SEPA Direct Debit Mandate)  
für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/SEPA Core Direct Debit Scheme

**Wiederkehrende Zahlungen/Recurrent Payments**

**Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)**

An den  
Freifunk Ostholstein e. V.  
Postfach 12 20  
23662 Timmendorfer Strand

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)  
DE47ZZZ00001510383

Mandatsreferenz

**SEPA-Lastschriftmandat**

**Ich/Wir ermächtige(n)**

[Name des Zahlungsempfängers]

, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

[Name des Zahlungsempfängers]

auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Kontoinhaber (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

Kreditinstitut

BIC<sup>1</sup>

IBAN

Ort, Datum

Unterschrift

**Frist zum Versand der Vorabinformation**

Ich/Wir sind damit einverstanden, dass uns der Zahlungsempfänger über die anfallenden Entgelte spätestens <sup>1</sup> Geschäftstage vor der Belastung eine Rechnung übersenden wird, die jeweils den Lastschriftbetrag und den Fälligkeitstag ausweist.

Ort, Datum

Unterschrift

<sup>1</sup> Hinweis: Ab 01.02.2014 kann die Angabe des BIC entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt.