



FREUNDE VON MONTESPERTOLI E.V.



# Beitrittserklärung

Ich/Wir \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (Name(n) in Druckbuchstaben)

(Vorname)

(Geb.-Datum)

\_\_\_\_\_ (PLZ, Wohnort, Straße, Haus-Nr.)

erreichbar unter \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_

(Tel.-Nr.)

(Handy)

(email-Adresse)

erkläre(n) hiermit meinen/unseren Beitritt zum Verein Freunde von Montespertoli e. V. ab \_\_\_\_\_

als  Einzelmitglied als  Familienmitgliedschaft

Ich verpflichte mich damit zur Einhaltung der Satzung des Vereins.

\_\_\_\_\_

Unterschrift Antragsteller

#### Auszug aus der Satzung:

§7: Der Austritt aus dem Verein erfolgt durch schriftliche Anzeige an den Vorstand. Er ist nur zum Schluss des Kalenderjahres unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von drei Monaten zulässig.

Beitrag:	Familien-Jahresbeitrag	20,00 EUR
	Einzel-Personen-Jahresbeitrag	14,00 EUR

**Bitte füllen Sie das auf der Rückseite abgedruckte Formular zur Erteilung eines SEPA-Basis-Lastschriftmandats vollständig aus; die Mandatsreferenz wird Ihnen nach der Datenerfassung separat mitgeteilt.**

Wir speichern Ihre personenbezogenen Daten in unserem Vereinsverwaltungsprogramm; diese Daten werden nicht an Dritte weitergegeben!

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

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

**Freunde von Montespertoli e. V.**  
**Ringstraße 15**  
**91413 Neustadt a. d. Aisch**

**Wiederkehrende Zahlungen/  
Recurrent Payments**

[Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)]  
**DE71ZZZ00000030798**

[Mandatsreferenz]

**SEPA-Basis-Lastschriftmandat**

Ich/Wir ermächtige(n)

[Name des Zahlungsempfängers]  
**Freunde von Montespertoli e. V., Ringstraße 15, 91413 Neustadt a. d. Aisch**

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

[Name des Zahlungsempfängers]  
**Freunde von Montespertoli e. V., Ringstraße 15, 91413 Neustadt a. d. Aisch**

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. Esgelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

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

Kreditinstitut

BIC1

IBAN

**DE**

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

Ort, Datum

Unterschrift (Zahlungspflichtiger)