



Beitrittserklärung

Mit meiner Unterschrift erkläre ich unter Anerkennung der Satzung meinen Beitritt zu dem Verein „Heimat und Brauchtum Florshain e.V.“.

Die Mitgliedschaft gilt für wenigstens 2 Jahre und verlängert sich danach automatisch sofern nicht zum Ende des Geschäftsjahres mit einer Frist von 3 Monaten schriftlich gekündigt wird.

Ich bin damit einverstanden, dass meine

Daten im Zusammenhang mit der Mitgliedschaft bei dem Verein „Heimat und Brauchtum Florshain e.V.“ elektronisch erfasst, gespeichert und zu vereinseigenen Zwecken verwendet werden. Ferner gebe ich bis auf Widerruf meine Einwilligung, dass Fotos und bewegte Bilder deren Veröffentlichung meiner Zustimmung bedarf, zu Vereinszwecken genutzt werden.

Angaben zur Person(en):

männl.

_____ weibl.
Name Vorname Geburtsdatum

Partner (nur ausfüllen bei Familienbeitrag!)

männl.

_____ weibl.
Name Vorname Geburtsdatum

Straße / Hausnummer

Postleitzahl / Wohnort

Telefonnummer

E-Mail

Mobilfunknummer

Angaben zur Mitgliedschaft:

Eintrittsdatum

normaler Beitrag (15,00€ / Jahr) Familienbeitrag (25,00€ / Jahr und Paar)

freiwilliger Beitrag (_____ €/Jahr) Für Mitglieder, welche den Verein im besonderen Maße unterstützen wollen. Mindestbetrag 20,00€.

Datum und Unterschrift des Mitgliedes

Datum

Unterschrift



SEPA-Lastschriftmandat

Name des Zahlungsempfängers:	Heimat und Brauchtum Florshain e.V.
Straße und Hausnummer:	Waldstraße 10
Postleitzahl und Ort:	34613 Schwalmstadt
Gläubiger-Identifikationsnummer:	DE

Mandatsreferenz:	(Wird vom Zahlungsempfänger ausgefüllt).
-------------------------	--

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger "Heimat und Brauchtum Florshain e.V." Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger "Heimat und Brauchtum Florshain e.V." auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: 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.

Zahlungsart:	Wiederkehrende Zahlung
---------------------	------------------------

Name des Mitglieds (Zahlungspflichtigen/ Kontoinhaber):	
Straße und Hausnummer:	
Postleitzahl und Ort:	
IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen): Sofern nicht bekannt: Angabe der Kontonummer	DE
BIC (8 oder 11 Stellen): Sofern nicht bekannt: Angabe der Bankleitzahl	

Ort:

Datum (TT/MM/JJJJ)

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)