Beitrittserklärung

InselheimRüstringen
Geschäftsstelle
Holsteinstraße 3 - 26389 Wilhelmshaven
Tel.: 04421 82663 - Fax: 04421 998434
Email: info@inselheim.de

An:
Inselheim Rüstringen auf Wangerooge e.V.
Karsten Braun
Pionierweg 16
26129 Oldenburg
karsten.braun@inselheim.de

Hiermit erkläre ich (Blockschrift),

Name, Vorname: _____

Straße, Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon; Email: _____/_____ ; _____

meinen Beitritt (Einzelmitgliedschaft oder Familienmitgliedschaft) zum Inselheim Rüstringen auf Wangerooge e.V.

Die Satzung des Fördervereins kann auf der Homepage unter http://www.inselheim.de eingesehen oder auf Wunsch zugeschickt werden. Der Mitgliedsbeitrag wird jährlich zum 30. Januar oder dem folgenden Werktag mittels eines erteilten SEPA-Lastschriftmandats eingezogen. Die Mitgliedschaft endet mit der schriftlichen Austrittserklärung gegenüber dem Vorstand unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist zum Ende des Kalenderjahres. Die persönlichen Daten werden ausschließlich zum Zwecke der Mitgliederverwaltung verwendet. Bei Änderung der Bankverbindung bitten wir um eine Information mit Angabe der neuen Kontodaten.

☐ Einzelmitgliedschaft *(Mindestbeitrag: 12€)* Betrag: _____ €	☐ Familienmitgliedschaft *(Mindestbeitrag: 20 €)* Betrag: _____ €

Der Mitgliedsbeitrag ist steuerlich absetzbar. Dazu genügt der Nachweis durch Kontoauszug. Bei Beträgen über 200 € wird automatisch zum Jahresende eine Zuwendungsbestätigung erstellt.

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift

SEPA-Lastschriftmandat

Inselheim Rüstringen auf Wangerooge e.V.
Holsteinstraße 3 , 26389 Wilhelmshaven

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE54ZZZ00001412384
Mandatsreferenz: Ihre Mitgliedsnummer

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger *Inselheim Rüstringen auf Wangerooge e.V.* Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger *Inselheim Rüstringen auf Wangerooge e.V.* auf meinem 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, Nr.: _____

PLZ, Ort:: _____

IBAN

BIC

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift Kontoinhaber