

Beitrittserklärung

Förderverein der Dorfgemeinschaft Röddenau e.V.

Hiermit beantrage ich die sofortige Aufnahme als Mitglied im Förderverein der Dorfgemeinschaft Röddenau e.V. (FdDR).

Persönliche Daten

Vorname			
Name			
Straße			
PLZ / Ort			
Email			
Mobil- Telefon		Geburtsdatum	
Festnetz- Telefon		Geschlecht m/w	

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die gültige Satzung, Ordnungen, Beiträge und evtl. Zusatzbeiträge des FdDR als verbindlich an. Die Satzung kann von mir eingesehen werden.

Bei Änderung meiner Anschrift oder Bankverbindung werde ich umgehend den Vorstand informieren. Bei Versäumnis sind entstehende Kosten laut Satzung von mir zu tragen.

Die Unterzeichner erklärt durch seine Unterschrift, dass er für den Mitgliedsbeitrag und dessen pünktliche Begleichung gesamtschuldnerisch haftet.

Ort, Datum des Eintritts	Unterschrift
--------------------------	--------------

Bitte wenden und Rückseite ausfüllen!

Jahresbeiträge – festgelegt in der Gründungsversammlung vom 17. Februar 2016:
Erwachsene 5,- € / Juristische Personen 20,- €

Beitrittserklärung

Förderverein der Dorfgemeinschaft Röddenau e.V.

SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Förderverein der Dorfgemeinschaft Röddenau e.V. Muschelweg 20 35066 Frankenberg-Röddenau	<input type="radio"/> Einmalige Zahlung <input checked="" type="radio"/> Wiederkehrende Zahlung
---	--

Wird vom Verein ausgefüllt

[Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)] DE34FDR00001928008	[Mandatsreferenz] FDDR- ____ (FdDR-MitgliedsNr.)
---	--

SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n)

[Name des Zahlungsempfängers] Förderverein der Dorfgemeinschaft Röddenau e.V.

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

[Name des Zahlungsempfängers] Förderverein der Dorfgemeinschaft Röddenau 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 Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

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

Kreditinstitut

IBAN DE ____ ____ ____ ____ ____ ____

Ort, Datum	Unterschrift (Zahlungspflichtiger)
------------	------------------------------------

Bitte wenden und Vorderseite ausfüllen!