



BEITRITTSERKLÄRUNG

Hiermit beantrage ich, _____ , geboren am _____
(Vorname(n), Name)

die Aufnahme in den Wallmeroder Jecken-Rat 2011 e.V.

Meine Anschrift lautet: _____
(Straße, PLZ und Wohnort)

E-Mail: _____ Tel: _____

Die Vereinsatzung (siehe Homepage) habe ich gelesen und ist mir bekannt.

Der Beitrag beträgt z. Zt. 3,00 € pro Monat.

Für passive Mitglieder, Schüler, Studenten und Mitglieder ohne regelmäßiges Einkommen beträgt der Mitgliedsbetrag 1,50 Euro pro Monat.

Der Beitrag für Familien beträgt 4,50 Euro pro Monat. Der Familienbeitrag gilt für Familien/Erziehungsberechtigte mit Kind/Kindern (siehe Abschnitt Familienangehörige)

Zukünftige Anpassungen können vorgenommen werden und werden jeweils in der Jahreshauptversammlung beschlossen. Der Beitrag wird jährlich im voraus entrichtet.

Datum/Unterschrift

Falls Versand per e-Mail ist keine Unterschrift notwendig

Familienangehörige

Der Familienbeitrag gilt für Familien/Erziehungsberechtigte mit Kind unter den folgenden Bedingungen:

- Paare (verheiratet oder zusammenlebend) oder Alleinerziehende und
- mit Kind oder Kindern (bis einschließlich 17. Lebensjahr) und
- identischem Wohnsitz.

Ausnahme: Kinder können auf Antrag weiter in den Familienbeitrag einbezogen werden, wenn sie kein regelmäßiges Einkommen haben.



SEPA Lastschriftmandant

Name des Zahlungsempfängers: Wallmeroder Jecken-Rat 2011 e.V.
Anschrift: 56414 Wallmerod
Gläubiger-Indifikationsnummer: DE89 5105 0015 0982 1266 74
Betreff: Mitgliedsbeitrag (derzeit 36€/18€/54€ je nach Mitgliedschaft) für folgende Mitglieder bzw. Mitglied:

Name/n: _____

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung (Lastschrift)

Ich/Wir ermächtige/n den Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/ unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger auf mein/ unser Konto gezogene Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich/Wir kann/können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei immer die mit meinem/ unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name des Zahlungspflichtigen: _____

Anschrift: _____

IBAN des Zahlungspflichtigen: _____

Sollte mein/ unser Konto im Zeitpunkt der Beitragseinziehung nicht die erforderliche Deckung aufweisen und entstehen dem Verein durch Zahlungsverweigerung des kontoführenden Instituts weitere Kosten, werde ich diese auf Anforderung unverzüglich erstatten. Das SEPA Lastschriftmandat ist bis zu meinem Widerruf gültig.

(Ort, Datum, Unterschrift des/der Kontoinhabers)