

Beitrittserklärung

Hiermit bitte ich um Mitgliedschaft im Kulturkreis Schloss Raesfeld e.V. als...

Einzelperson € **75,00**/Jahr 2 Personen € **125,00**/Jahr Schüler/Studenten € **50,00**
(max. Alter 27 Jahre)

Vorname, Name _____

Straße / Haus Nr. _____

PLZ und Ort: _____

E-Mail-Adresse _____

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung und die derzeit gültige Beitragsordnung des Kulturkreises Schloss Raesfeld e.V. an. Ein Austritt aus dem Verein muss schriftlich an den Vereinsvorstand mit einer Frist von 3 Monaten zum Jahresende erfolgen. Weitere Informationen unter: www.kulturkreisschlossraesfeld.de

Datum _____ **Unterschrift(en)** _____

SEPA Lastschriftmandat:

Kulturkreis Schloss Raesfeld e.V., Burloer Straße 93, 46325 Borken

Unsere Gläubiger-Identifikationsnummer: DE 48ZZZ00001074932
Mandatsreferenz ist Ihre Mitgliedsnummer, wird Ihnen gesondert mitgeteilt.

Ich ermächtige den Kulturkreis Schloss Raesfeld e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Kulturkreis Schloss Raesfeld e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Der Beitrag wird am 15. November eines jeden Jahres eingezogen. 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.

Kontoinhaber/in: _____

Kreditinstitut: _____

IBAN:

BIC:

Ort, Datum _____ **Unterschrift(en) der/des Kontoinhaber(s)** _____