

Beitrittserklärung

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

Einzelperson € **95,00**/Jahr 2 Personen € **150,00**/Jahr Schüler/Student € **50,00**/Jahr
(max. Alter 27 Jahre)

Vorname, Name:

evtl. Partner:

Straße /Haus Nr.

PLZ und Ort:

E-Mail-Adresse@.....

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung und den derzeit gültigen Beitrag 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.kulturkreis-schloss-raesfeld.de

_____, 20____
Datum

Unterschrift

SEPA Lastschriftmandat:

Kulturkreis Schloss Raesfeld e.V., Realschulstr. 16, 46325 Borken

Unsere Gläubiger-Identifikationsnummer: DE 48ZZZ00001074932

Mandatsreferenz ist Ihre Mitgliedsnummer, sie 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 um den 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:

BIC:

IBAN:

_____, 20____
Datum

Unterschrift