

Aufnahmeantrag Mitgliedschaft

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in den Verein „Dorfleben Hofsggrund e.V.“

Der Mitgliedsjahresbeitrag für Erwachsene beträgt derzeit € 20,--.

Jugendliche ab 16 Jahren bezahlen den Beitrag für Erwachsene. Kinder sind vom Beitrag befreit.

Der Familienbeitrag (2 Erwachsene einer Familie) beträgt 30,-- €.

Außerdem kann ein Förderbeitrag geleistet werden. Die Höhe wird selbst bestimmt.

Ich möchte neben dem Mitgliedsjahresbeitrag einen Förderbeitrag in Höhe von _____ € bezahlen. => Jahresbeitrag gesamt: _____ €.

Die Kündigung der Mitgliedschaft muss in schriftlicher Form erfolgen (s. Satzung).

Personalien:

Name*:

Vorname*:

Geb.-Datum*:

PLZ, Wohnort*:

Straße, Nr.*:

DSV-Ausweis Ja/Nein

Telefonnr.:

Mobil-Telefon:

E-Mail-Adresse:

Ort:

Datum*:

Unterschrift*:

Weitere Familienmitglieder bitte rückseitig aufführen.

*Pflichtangaben

Auf unserer Homepage findest du Informationen zu unserem Verein, Datenschutz, der Vereinssatzung und unseren Aktionen. Schau doch mal rein: <https://www.dorfleben-hofsggrund.de/> oder Instagram: https://www.instagram.com/dorfleben_hofsggrund/

Für die Zahlung des Mitgliedsbeitrags stehen Einzelüberweisung, Dauerauftrag (Stichtag zum ersten des Monats) oder ein SEPA-Lastschrift-Mandat zur Verfügung (s. Rückseite).

Hinweis: Bitte teile uns Kontoänderungen etc. unverzüglich mit. Entstehen Rücklastschriftkosten, so sind diese von dir als Mitglied selbst zu tragen.

Unser Verein lebt vom Ehrenamt. Daher würden wir uns freuen, wenn du uns neben dem Beitrag mit etwas Zeit und Engagement unterstützen würdest.

Dein Dorfleben-Team



SEPA Lastschriftmandat für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger): Gläubiger-
Identifikationsnummer:

An
Dorfleben Hofsgrund e.V.
-Stefanie Sonner-
Silberbergstr. 20
79254 Oberried-Hofsgrund

Ich ermächtige den Verein Dorfleben Hofsgrund e.V. wiederkehrende Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, diese Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belastenden Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit dem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber:

Kreditinstitut:

IBAN:

BIC:

(kann entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt) Ihre Mandatsreferenz wird Ihnen später separat mitgeteilt.

Ort, Datum

Unterschrift