



**AKADEMIE
GEGENWART**

am Gesundheitszentrum Haus Walstedde

Akademie Gegenwart e.V.
Nordholter Weg 3
48317 Walstedde-Drensteinfurt

Anmeldung Mitgliedschaft

1. PERSÖNLICHE ANGABEN

Name

Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon

Telefon (mobil)

E-Mail

Geburtsdatum

2. BEITRAG

- Ich zahle den aktuellen Mitgliedsbeitrag (z.Zt. 25,- Euro jährlich)
- Ich möchte den Verein darüber hinaus unterstützen und zahle zusätzlich _____ Euro jährlich. Diese besondere Zuwendung kann ich jederzeit widerrufen. Auf Wunsch erhalte ich darüber eine Spendenbescheinigung.

3. ZUSTIMMUNG ZUR SATZUNG

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die Satzung des Vereins sorgfältig gelesen habe und ihr zustimme. Außerdem ermächtige ich die Akademie Gegenwart e.V., die unter 2. gewählten Zahlungen zu Lasten meines Girokontos einzuziehen. Ein entsprechendes SEPA-Lastschriftmandat erteile ich auf separatem Formular. Durch die Zahlung des Mitgliedsbeitrags wird mein Antrag rechtsverbindlich. Meine persönlichen Daten stelle ich dem Verein zum internen Gebrauch zur Verfügung, eine Weitergabe an Dritte untersage ich.

Ort, Datum, Unterschrift

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

EMPFÄNGER

Akademie Gegenwart e.V.

Nordholter Weg 3

48317 Drensteinfurt

Name und Adresse des Zahlungsempfängers

Gläubiger-Identifikationsnummer

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen)

EINZUGSERMÄCHTIGUNG

- Ich ermächtige/ Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben) widerruflich, die von mir/ uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem/ unserem Konto einzuziehen.

SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT

- Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann / Wir können innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

ZAHLUNGSART

- Wiederkehrende Zahlung

KONTODATEN DES ZAHLUNGSPFLICHTIGEN

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Ort, Datum (TT/MM/JJJJ)

DE

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen)

BIC (8 oder 11 Stellen)

Unterschrift/en des/ der Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)