

Förderverein Städtepartnerschafts- und Freundschaftskomitee Langenhagen e.V.
Geschäftsstelle: Jan Hülsmann
Alice-Salomon-Hof 19, 30855 Langenhagen
Telefon: 0511 / 775520
Telefax: 0511 / 7261927
Email: jan.huelsmann@sflev.de



Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum „Förderverein Städtepartnerschafts- und Freundschaftskomitee Langenhagen e.V.“

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße, Nr _____

PLZ _____ Wohnort _____

Telefon _____ eMail _____

Mitgliedsnummer (wird vom Verein vergeben) _____

Ich beantrage Einzelmitgliedschaft Familienmitgliedschaft Firma
Kommune/Institution Verein (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Der Mitgliedsbeitrag beträgt pro Kalenderjahr:
Jugendliche bis 18 Jahre, Schüler/innen, Studenten/innen, Auszubildende = beitragsfrei,
Erwachsene = 25,00 Euro, Familien = 36,00 Euro, juristische Personen = 50,00 Euro.

Hiermit erkenne ich die Satzung sowie die Beitrags- und Gebührenordnung an. Ich bin damit einverstanden, dass meine im Zusammenhang mit der Mitgliedschaft stehenden Daten gespeichert werden. Die Bestimmungen des Datenschutzgesetzes werden eingehalten, insbesondere erfolgt keine Weitergabe der Daten an Dritte.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift (ggfls. Erziehungsberechtigter)

SEPA-Basis Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger: **Förderverein Städtepartnerschafts- und Freundschaftskomitee Langenhagen e.V.**
Alice-Salomon-Hof 19, 30855 Langenhagen

DE51ZZZ00001845834

Gläubiger-Identifikationsnummer

Mandatsreferenz

(wird nachträglich mitgeteilt und ausgefüllt)

Ich ermächtige (wir ermächtigen) den o.g. Zahlungsempfänger, wiederkehrende Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von dem Zahlungsempfänger auf mein (unser) Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Die Vorabinformation des Zahlungsempfänger, mit der dieser die Belastung meines (unseres) Kontos ankündigt, muss mir (uns) mindestens einen Tag vor Fälligkeit zugehen. Hinweis: Ich kann (Wir können) innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem (unserem) Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

.....
Name und Anschrift des Zahlungspflichtigen

.....
Internationale Bankkontonummer IBAN der Zahlungspflichtigen

.....
Ort, Datum

.....
Internationale Bankleitzahl BIC der Bank des Zahlungspflichtigen

.....
Rechtsverbindliche Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen