

Aufnahmeantrag

zum Erwerb der Mitgliedschaft des Vereins „Förderverein Sanitätsdienste in Immenstaad e.V.“
gemäß Abschnitt II der Satzung

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft zum 01. Januar 20.....

Angaben zu meiner Person:

Name: Vorname:

☐ erwerbstätig

☐ in Ausbildung

Anschrift:

Telefon: Fax:

Email:

Art der Mitgliedschaft:

☐ Aktives Mitglied

☐ Korporatives Mitglied

☐ Fördermitglied

§ 7 Rechte und Pflichten der Mitglieder

- (1) Aktive Mitglieder unterstützen den Förderverein bei der Erfüllung satzungsgemäßer Aufgaben. Sie werben für den Förderverein und führen Sammlungen und Veranstaltungen für diese Zwecke durch.
- (2) Der Förderverein kann seine aktiven Mitglieder für die Zeit seiner Aktionen, Veranstaltungen und Sammlungen gegen Haftpflicht und Unfall versichern
- (3) Korporative Mitglieder und Fördermitglieder unterstützen den Förderverein durch Zahlung eines jährlichen Beitrages. Dieser beträgt mindestens **12 €**, freiwillig höhere Zahlungen sind als Spende möglich.
- (4) Alle Mitglieder sind, sofern sie das 16. Lebensjahr vollendet haben, mit einer Stimme auf der Mitgliederversammlung stimmberechtigt.

Von der Satzung des Fördervereins habe ich Kenntnis genommen und erkenne sie bei Aufnahme verbindlich an.

Datum: Unterschrift:

Einzugsermächtigung umseitig

SEPA-Basislastschrift-Mandat für wiederkehrende Zahlungen

Zahlungsempfänger:

Förderverein Sanitätsdienste in Immenstaad e.V.
Hauptstr. 7a
88090 Immenstaad

Gläubiger-Identifikationsnummer:

Mandat-Nummer

Mitglieds-Nr. einfügen – wird vom Verein erledigt

Name des Zahlungspflichtigen

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort, Land

Hiermit ermächtige[n] ich/wir den oben genannten Zahlungsempfänger meinen/unser Mitgliedsbeitrag in Höhe von

Euro

bei Fälligkeit mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein [weisen wir unser] Kreditinstitut an, die von oben genanntem Zahlungsempfänger auf mein [unser] Konto gezogene[n] einzulösen.

Hinweis:

Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belastenden Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungsart:

☐

Wiederkehrende Zahlung

☐

Einmalige Zahlung

Name des Zahlungsdienstleisters
(der **Bank**) des Zahlungspflichtigen

[**BIC**] Internationale Bankleitzahl
des Zahlungsdienstleisters des
Zahlungspflichtigen (8 oder 11 Stellen)

[**IBAN**] Internationale
Bankkontonummer des
Zahlungspflichtigen (maximal 22 Stellen)

Ort, Datum

Unterschrift des Zahlungspflichtigen