



Heimatverein Wilnsdorf e.V.



Heimatverein Wilnsdorf e.V.*Essener Straße 33*57234 Wilnsdorf

1. Vorsitzender

Reinhold Kopfer
Essener Straße 33
57234 Wilnsdorf
Tel.: 02739 / 4566

Geschäftsadresse

Heimatverein Wilnsdorf e.V.
Heckenbachweg 1a
57234 Wilnsdorf

Antrag auf Aufnahme in den Heimatverein Wilnsdorf e.V.

Hiermit erkläre ich meinen / unseren Beitritt in den Heimatverein Wilnsdorf e.V.

ab	_____	E-Mail	_____
Name:	_____	Vorname:	_____
Straße:	_____	Wohnort:	_____
Geb. am	_____	Tel. Nr.	_____
		Mobil:	_____

Der Beitrag beträgt:	10,00 Euro jährlich	für Einzelpersonen
	12,00 Euro jährlich	für Familien

Soll der Partner auch Mitglied werden? Ja / Nein

Wenn Ja, Vorname/Name des Partners: _____

Geb. am: _____

Wenn verheiratet, Datum der Hochzeit: _____

Ich/Wir möchten gerne zu den verschiedenen Aktivitäten eingeteilt werden ja / nein

(zutreffendes bitte ankreuzen)

Die Mitgliedschaft kann jeweils zum 30. Juni und 31. Dezember jeden Jahres gekündigt werden. Die Kündigung muss mindestens 14 Tage vorher schriftlich beim Vorsitzenden eingegangen sein.

Wilnsdorf, den _____
Ort, Datum

Unterschrift

Einzugsermächtigung siehe Rückseite

SEPA-Basis-Lastschriftmandat (SEPA Direct Debit Mandate)
für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/SEPA Core Direct Debit Scheme

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Heimatverein Wilnsdorf e.V.
Essener Straße 33

57234 Wilnsdorf

**Wiederkehrende Zahlungen/
Recurrent Payments**

[Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)]

DE69ZZZ00000549396

[Mandatsreferenz]

SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n)

[Name des Zahlungsempfängers]

Heimatverein Wilnsdorf e.V. * Essener Straße 33 * 57234 Wilnsdorf

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

Heimatverein Wilnsdorf e.V. * Essener Straße 33 * 57234 Wilnsdorf

auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Kontoinhaber /Zahlungspflichtiger (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

Kreditinstitut

BIC¹

IBAN

DE

¹ Hinweis: Ab 01.02.2014 kann die Angabe des BIC entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt.

Ort, Datum

Unterschrift (Zahlungspflichtiger)