

Beitrittserklärung



Freunde des Abenteuer museums e.V.

Name	Vorname
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Straße und Hausnummer	PLZ	Ort
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Tel. privat	<input type="text"/>	Handy Nr.	<input type="text"/>
-------------	----------------------	-----------	----------------------

e-Mail	<input type="text"/>
--------	----------------------

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt in den Verein
und erkenne die gültigen Vereinsstatuten als bindend an.

Mein Beitritt erfolgt zum

(wird vom Verein eingetragen)

Vereinsbeitrag

Ich ermächtige die Freunde des Abenteuer museums e.V. jährlich Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von den Freunde des Abenteuer museums e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Bis zu einer evtl. Neueröffnung des Abenteuer museums wird darauf verzichtet, Beiträge einzufordern. Bis dahin ist es nicht notwendig, die Felder für die Bankdaten auszufüllen.

Kto.-Nr. BLZ

IBAN

BIC

bei Bank

Ort, Datum

Unterschrift