

Helfen Sie uns, damit wir helfen können.

Werden Sie Mitglied in unserem Förderverein für die DLRG Gruppe Welschen Ennest.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung.

Hiermit beantrage ich meine Aufnahme als Mitglied in den „Verein zur Förderung der DLRG Gruppe Welschen Ennest“ und erkläre, dass ich die Satzung des Vereins anerkenne und den festgelegten, jährliche Beitrag (siehe unten) entrichten werde.

Name: _____ **Vorname:** _____

Straße: _____ **PLZ/Ort:** _____

Geburtsdatum: _____ **E-Mail:** _____

Telefon: _____ **Handy:** _____

Mitgliedsbeitrag (Stand : Jahreshauptversammlung 2017) Bitte ankreuzen !

Mein Beitrag:	Einzelbeitrag	juristische Person
<input type="checkbox"/>	20 EUR/Jahr	<input type="checkbox"/> 50 EUR/Jahr
<input type="checkbox"/>	30 EUR/Jahr	<input type="checkbox"/> 75 EUR/Jahr
<input type="checkbox"/>	50 EUR/Jahr	<input type="checkbox"/> 100 EUR/Jahr
<input type="checkbox"/>	100 EUR/Jahr	<input type="checkbox"/> 200 EUR/Jahr
<input type="checkbox"/>	___ EUR/Jahr	<input type="checkbox"/> ___ EUR/Jahr

Zahlungsart: SEPA Lastschrift

Ich versichere, alle Angaben wahrheitsgemäß gemacht zu haben. Meine Daten werden zu Verwaltungszwecken durch den Verein elektronisch erfasst.

Ich bin damit einverstanden, dass während meiner Mitgliedschaft gemachte Fotos auf der Homepage der DLRG Gruppe an Infoständen, Printmedien, Präsentationsmappen und vergleichbarem mit Namensnennung veröffentlicht werden dürfen.

Ich bitte um jährliche Zusendung einer Spendenquittung
(nach Paragr. 50, Abs. 1 EStDV genügt der Kontoauszug als vereinfachter Zuwendungsnachweis unter 200 EUR.)

Ort, Datum _____ **Unterschrift** _____

Verein zur Förderung der DLRG Gruppe Welchen Ennest e.V. | Geschäftsstelle | Im Baumgarten 13 | 57399 Kirchhundem

SEPA-Lastschriftmandat Gläubiger-Identifikationsnummer: DE
Mandatsreferenz: wird beim Einzug bekannt gegeben

Ich ermächtige den Förderverein, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Förderverein 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 dem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber, Name, Anschrift _____

Bank _____ BIC _____

IBAN _____

Ort, Datum _____, _____.____.____ **Unterschrift** _____