

Listenhunde-Nothilfe e.V.

...ZURÜCK INS LEBEN!



Antrag auf Mitgliedschaft

MA-Nr.:

Hiermit beantrage ich die (bitte ankreuzen)

- ☐ Mitgliedschaft (38,-Euro pro Person/Jahr)
- ☐ Familienmitgliedschaft (55,-Euro pro Familie/Jahr)
- ☐ Fördermitgliedschaft (30,-Euro pro Person/Jahr)
- ☐ Familienfördermitgliedschaft: (40,- Euro pro Familie/Jahr)

im Verein „Listenhunde – Nothilfe e.V.“

Zusätzliche Option:

Ich erhöhe meinen Beitrag freiwillig auf: _____ Euro pro Jahr

Wichtige Informationen:

Der Jahresbeitrag wird ab dem Eintrittsquartal anteilig berechnet, ab dem folgenden Kalenderjahr ist der volle Jahresbeitrag zu entrichten.

Es ist für ausreichende Deckung des belasteten Kontos zu sorgen, ansonsten muss für sämtliche dem Verein entstandene Kosten gehaftet werden.

Hiermit erkläre ich mich bereit am Sepa-Bankeinzugsverfahren teilzunehmen und erteile dem Verein „Listenhunde – Nothilfe e.V.“ eine anhängige Einzugsermächtigung.

Die Mitgliedschaft beträgt ein Jahr. Erfolgt bis 3 Monate vor Jahresende keine Kündigung, verlängert sich die Mitgliedschaft automatisch um ein weiteres Jahr.

Name: _____

Vorname: _____

Strasse: _____

PLZ: _____

Wohnort: _____

Geburtsdatum: _____

Telefon/Handy: _____

Mailadresse: _____

Facebook Name: _____

Bundesland: _____

Ich habe die oben genannten Punkte zur Kenntnis genommen, die Satzung gelesen, erkenne diese an und bestätige nochmals ausdrücklich nicht zum unter §7 Absatz 5 aufgeführten Personenkreis zu gehören.

Ort/Datum: _____

Unterschrift:

Listenhunde-Nothilfe e.V.

...ZURÜCK INS LEBEN!



Bitte senden Sie den ausgefüllten Antrag unterschrieben an:

Listenhunde – Nothilfe e.V.

Wuhrstraße 4/2 - 88422 Bad Buchau

SEPA – Lastschriftmandat einer wiederkehrenden Lastschrift

Listenhunde – Nothilfe e.V. - Wuhrstraße 4/2, 88422 Bad Buchau

Gläubiger – Identifikationsnummer: DE13ZZZ00001482768

Mandatsreferenz: _____ (wird vom Verein ausgefüllt)

SEPA – Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Listenhunde – Nothilfe e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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 Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vor- und Nachname (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

IBAN

BIC

Datum , Ort und Unterschrift