



MITGLIEDSANTRAG

Ich beantrage die Mitgliedschaft im STÄDTISCHEN KONZERTCHOR WINFRIDIA FULDA E.V.

NAME	_____	VORNAME	_____
GEBURTSDATUM	_____	BERUF	_____
STRASSE	_____	PLZ, ORT	_____
TEL	_____	MOBIL	_____
E-MAIL	_____		
<input type="checkbox"/> FÖRDERNDES MITGLIED		<input type="checkbox"/> AKTIVER SÄNGERIN - STIMMGROPPE _____	

Der Mitgliedsbeitrag beträgt:

- Normale Mitgliedschaft 50,- € p.A.
- Kinder, Schüler, Jugendliche, Studenten, Auszubildende bis max. 26 J. 30,- € p.A.
- Familienmitgliedschaft 100,- € p.A. (Ehepaar und deren Kinder bis max. 26 J. s. „Kinder, Schüler, ...“)

Die Satzung des Vereins erkenne ich an. Ein Austritt kann nur zum 31.12. eines Jahres erfolgen. Voraussetzung dafür ist, dass die Austrittserklärung bis 30. November schriftlich dem Verein zugeht.

Ort, Datum

Unterschrift des Mitglieds oder des gesetzl. Vertreter

Erteilung eines Mandats zum Einzug von SEPA-Basis-Lastschriften:

Zahlungsempfänger: Städtischer Konzertchor Winfridia Fulda e.V. - Bahnhofstraße 12 - 36037 Fulda
Gläubiger-ID-Nr.: DE60ZZZ00000389411
Mandatsreferenz-Nr.: *Hier erscheint Ihre Mitgliedsnummer. Bitte erfragen Sie diese beim Kassierer.*

Kontoinhaber: Name, Anschrift wie oben
 Name: _____ Vorname: _____
PLZ: _____ Straße: _____
IBAN: _____ BIC: _____
Name der Bank/Sparkasse: _____

Mandat für Einzug von SEPA-Basis-Lastschrift: Ich/Wir ermächtige/n den Städtischen Konzertchor Winfridia Fulda e.V. Zahlungen vom o. g. Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise/n ich/ wir mein/ unser Kreditinstitut an, die vom Städtischen Konzertchor Winfridia Fulda e.V. auf mein/ unser 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/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.
Dieses Mandat gilt für wiederkehrende Zahlung.

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers