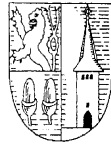


Städtepartnerschaft Eitorf e. V.



Bouchain
France



Eitorf
Deutschland



Halesworth
England

Anmeldung zur Mitgliedschaft in der Städtepartnerschaft Eitorf e. V.

Hiermit möchte ich Mitglied der Städtepartnerschaft Eitorf e. V. werden:

Name, Vorname oder Verein:.....

Straße, Hausnummer:.....

PLZ, Wohnort:.....

Geburtsdatum:.....

Tel./Fax:.....

E-Mail:.....

Jahresbeitrag pro Person: 21,-- €

Jahresbeitrag (Eheleute) 33,-- €

Jahresbeitrag (Partnerbeitrag/Jugendliche) 12,-- €

Jahresbeitrag (Verein) 50,-- €

Jahresbeitrag (Vereinbarung)€

Ich bitte um Aushändigung einer Satzungskopie. Die Beachtung der Satzung ist eine selbstverständliche Verpflichtung. Änderungen persönlicher Daten werde ich dem Vorstand umgehend mitteilen.

Für ehrenamtliche Tätigkeiten bin ich gerne bereit zu helfen: ja nein

Bei Bedarf nehme ich auch gerne Gäste auf: ja nein

Ich bin damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten elektronisch gespeichert und **ausschließlich** für vereinsinterne Zwecke verwendet werden. Eine Weitergabe an Dritte erfolgt nicht. Ein Widerruf ist jederzeit schriftlich möglich.

Eitorf, den Unterschrift:

Bitte übergeben oder senden Sie dieses unterzeichnete Anmeldeformular mit dem unterzeichneten SEPA-Basis-Lastschriftmandat an:

Geschäftsführer Wolfgang Hildebrandt, Edmund-Lohse-Str. 14, 53783 Eitorf, Tel: 02243 5711
E-Mail: info@staedtepartnerschafteitorf.de

Bankverbindung: Volksbank Bonn-Rhein-Sieg, BIC: GENODED1BRS, IBAN: DE29 3806 0186 3408 5660 10

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

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Städtepartnerschaft Eitorf e.V.
Geschäftsführer Wolfgang Hildebrandt
Edmund-Lohse-Str. 14
53783 Eitorf

Wiederkehrende Zahlung
jährlich zum 30.03.

[Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)]
DE13ZZZ00001419718

[Mandatsreferenz]

SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n)

[Name des Zahlungsempfängers]
Städtepartnerschaft Eitorf e.V.

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

[Name des Zahlungsempfängers]
Städtepartnerschaft Eitorf 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 Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

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

Kreditinstitut

BIC:

IBAN:
DE

Ort, Datum

Unterschrift (Zahlungspflichtiger)