

Verein zur Pflege des Volkstums Friedrichshafen e.V.



Anmeldeformular und SEPA-Lastschriftsmandat

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Verein zur Pflege des Volkstums Friedrichshafen e.V. in der Gruppe der:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Buchhorn-Hexen | <input type="checkbox"/> Seegockel | <input type="checkbox"/> Seewald-Kobold |
| <input type="checkbox"/> Hafennarren | <input type="checkbox"/> Seegrendl | <input type="checkbox"/> Pauliner Kuckuck |
| <input type="checkbox"/> Bächlesfischer | <input type="checkbox"/> Hupaquäler | <input type="checkbox"/> Fanfarenzug Graf Zeppelin |
| <input type="checkbox"/> Bürgergarde | <input type="checkbox"/> Seehasen SZ | |
| <input type="checkbox"/> Aktives Mitglied | <input type="checkbox"/> Passives Mitglied | |
| <input type="checkbox"/> Hauptverein | <input type="checkbox"/> Narrenzunft Seegockel | |

Anschrift:

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ PLZ/Ort: _____

Geburtsdatum: _____ *Email: _____

*Telefon: _____ *Mobiltelefon: _____

Unterschrift: _____ Unterschrift
Erziehungsberechtigter: _____

*freiwillige Angaben

Mitgliedsbeitrag jährlich:

Erwachsene ab 18 Jahre: 33,00 € Jugendliche ab 12 Jahre: 15,00 €

Familien: 1. Elternteil 33,00 €, Ehepartner 21,00 € Passive Mitglieder: 25,00 €

Bankverbindung:

Gläubiger-ID: DE22ZZZ00000279612

Hiermit ermächtige ich den Verein zur Pflege des Volkstums Friedrichshafen e.V. widerruflich, die von mir zu entrichtenden Beiträge bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos

IBAN: _____ BIC: _____

Kontoinhaber: _____ mittels Sepa-Basis-Lastschrift einzuziehen.
Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung. Evtl. anfallende Gebühren bei Rücklastschriften gehen zu meinen Lasten. Ich kann innerhalb acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlungen

Haftpflichtvers. bei: _____ Versicherungsnummer: _____

Ort / Datum

Unterschrift des Kontoinhabers