

FTZ Leistungsteam Mühldorf e.V.



Beitrittserklärung

Hiermit beantrage/n ich/wir die Mitgliedschaft im **FTZ Leistungsteam Mühldorf e.V.**

Eintrittsdatum:

Name:	Vorname:	Geb.Dat.	Telefonnummer:	m/w	MitgliedsNr.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Email (für regelmäßige Vereinsinformationen):

Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort, Telefonnummer:

Jahresbeitrag

- | | | |
|--------------------------|--|----------|
| <input type="checkbox"/> | Kinder bis 14 Jahre | 50,00 € |
| <input type="checkbox"/> | Jugendliche bis 18 Jahre | 75,00 € |
| <input type="checkbox"/> | Schüler, Studenten, Azubis über 18 Jahre | 75,00 € |
| <input type="checkbox"/> | Erwachsene | 100,00 € |
| <input type="checkbox"/> | Familien | 175,00 € |

Zahlungstermin:

jährlich zum 01.01.

halbjährlich zum 01.01. und 01.07.

Ort, Datum

Unterschrift des Neumitglieds

Bei Minderjährigen unter 18 Jahren Unterschrift des Erziehungsberechtigten

Die mit dieser Beitrittserklärung erhobenen Daten werden elektronisch erfasst, verarbeitet und ausschließlich für Zwecke des Vereins gespeichert. Zudem erteile ich bis auf Widerruf die Erlaubnis zur Nutzung meiner Email-Adresse für die Zusendung von Vereinsinformationen.

Bitte Beitrittserklärung vollständig ausfüllen und unterschrieben bei der Vorstandschaft oder im FTZ Mühldorf, Münchener Straße 84c, D-84453 Mühldorf abgeben.

FTZ Leistungsteam Mühldorf e.V.

FTZ Leistungsteam Mühldorf e.V.
Münchener Straße 84c,
D-84453 Mühldorf
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE

SEPA-Lastschriftmandat

Mandatsreferenz: (wird separat mitgeteilt)

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger FTZ Leistungsteam Mühldorf e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger FTZ Leistungsteam Mühldorf e.V. 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 meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

Name des Kontoinhabers:	<input type="text"/>
Anschrift:	<input type="text"/>
Bankinstitut:	<input type="text"/>
BIC:	<input type="text"/>
IBAN:	<input type="text"/>

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers