

# Leben in Wehdem e.V. Beitrittserklärung



Hiermit beantrage ich/wir die Mitgliedschaft im Verein  
Leben in Wehdem e.V.

Name
Vorname
Plz/Ort
Str./Hs.-Nr.
Tel.-Nr. / Fax-Nr.
Mobil
E-Mail
<input type="radio"/> Einzel-Mitgliedschaft <input type="radio"/> Paar-Mitgliedschaft             bitte ankreuzen!
<b>Beitrag: Stand 1. Januar 2014</b> <b>Einzel-Mitgliedschaft € 12,00, Paarmitgliedschaft € 18,00</b>

Mit der Speicherung meiner unserer Daten ausschließlich zu satzungsgemäßen Aufgaben bin ich/sind wir einverstanden. Von der Satzung habe ich/haben wir Kenntnis genommen und erkenne/n sie verbindlich an.

Die Mitgliedsbeiträge und evtl. Umlagen werden von der Mitgliederversammlung festgelegt: Die Abbuchung erfolgt per SEPA-Lastschriftmandat (erstmalig im Beitrittsmonat, Folgeinzüge im Januar).

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

## SEPA-Lastschriftmandat auf der Rückseite



*Ein Stern für dich!*

Patenschaft für die Wehdemer Weihnachtsbeleuchtung (Stern)

**Ich/wir übernehmen die Patenschaft für die Wehdemer Weihnachtsbeleuchtung (Stern).**

Name
Vorname
Plz/Ort
Str./Hs.-Nr.
Tel.-Nr. / Fax-Nr.
Mobil
E-Mail
<b>Kosten der Patenschaft: mind. € 5,00/Jahr</b>
<b>Ich übernehme eine Patenschaft in Höhe von € _____/Jahr.</b>

Der Einzug erfolgt jeweils im Januar.  
Die Patenschaft und Einzugsermächtigung behalten bis zum Widerruf ihre Gültigkeit.

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

# SEPA-Lastschriftmandat

für SEPA-Basis Lastschriftverfahren

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

**Leben in Wehdem e.V.  
Heitkampsort 24  
32351 Stemwede**

*Wiederkehrende Zahlungen*

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)

**De02 ZZZ 0000 1124 842**

Mandatsreferenz

**Mitgliedsnummer**

## SEPA-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n)

(Name des Zahlungsempfängers)

**Leben in Wehdem e.V.**

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

(Name des Zahlungsempfängers)

**Leben in Wehdem e.V.**

auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des Belasteten Betrags verlangen. Es gelten hierbei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber (Vorname, Name)

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Kreditinstitut

BIC

IBAN

D E

Ort, Datum

Unterschrift(en)