

Freunde fördern Schritt für Schritt Frankenberg e.V.
Marburger Str. 3, 35066 Frankenberg
Email: freunde@sfs-frankenberg.de

Antrag auf Mitgliedschaft

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Verein „Freunde fördern Schritt für Schritt Frankenberg e.V.“ und erkenne durch meine Unterschrift die Satzung des Vereins an.

- () Ich zahle den Mindestbeitrag von € 60,- pro Jahr
- () Ich zahle einen freiwilligen höheren Beitrag von € _____ pro Monat
- oder € _____ pro Jahr

Eine Anpassung des freiwilligen höheren Beitrages kann per email an **freunde@sfs-frankenberg.de** mitgeteilt werden, und wird ab dem folgenden Kalenderjahr wirksam. Die Zahlung des jährlichen Beitrages erfolgt per Bankeinzug (SEPA) jeweils zum 31.3. eines Jahres. Die Zahlung des monatlichen Beitrages erfolgt per Bankeinzug (SEPA) jeweils am 10. Tag des Monats.

Für das Jahr des Beitritts gilt:

- ein Jahresbeitrag wird für das Kalenderjahr des Beitritts komplett eingezogen
- ein monatlicher Beitrag wird ab dem Monat des Beitritts eingezogen

Die Dauer der Mitgliedschaft ist unbegrenzt. Die Kündigung der Mitgliedschaft kann schriftlich mit einer Frist von 6 Wochen zum Jahresende erfolgen. Die Beiträge an „Freunde fördern Schritt für Schritt Frankenberg e.V.“ gehören zu den steuerlich absetzbaren Sonderausgaben.

(*) Pflichtfeld - bitte alle Felder vollständig ausfüllen

Nachname: _____ (*) Vorname: _____ (*)

Straße: _____ (*) PLZ,Ort: _____ (*)

Geb.-Datum: _____ (*) Email: _____ (*)

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

SEPA-Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger: **Freunde fördern Schritt für Schritt Frankenberg e.V.**
Marburger Str. 3, 35066 Frankenberg
Gläubiger-ID: **DE10SFS00001438008**
Mandatsreferenz: _____ (wird vom Verein vergeben)
Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis:

Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber

Vorname: _____ (*) Name: _____ (*)

Straße: _____ (*) PLZ,Ort: _____ (*)

IBAN: DE _____ (*) BIC: _____ (*)

IBAN und BIC sind Ihre internationale Kontonummer und Bankleitzahl. Diese befinden sich auf dem Kontoauszug Ihrer Bank.

Ort, Datum _____ Unterschrift _____