



BEITRITTSERKLÄRUNG - FAMILIENMITGLIEDSCHAFT

ORTSGRUPPE: WALLENFELS

Mitgliederdaten

Name /Vorname: _____ Geburtsdatum: ____ . ____ . ____

Name /Vorname: _____ Geburtsdatum: ____ . ____ . ____

Name /Vorname: _____ Geburtsdatum: ____ . ____ . ____

Name /Vorname: _____ Geburtsdatum: ____ . ____ . ____

Name /Vorname: _____ Geburtsdatum: ____ . ____ . ____

Straße / Hausnr.: _____

PLZ / Wohnort: _____

E-Mail-Adresse: _____

Eintrittsdatum: ____ . ____ . ____ (nur wenn vom Antragsdatum abweichend)

FWV-Magazin: Ja Nein

SEPA-Lastschriftmandat

Frankenwaldverein -Ortsgruppe Wallenfels-, 96346 Wallenfels (Gläubiger)

Gläubiger-ID: DE23ZZZ00000088504 Mandatsreferenz: _____
Mitgliedsnummer (Eintrag durch FWV)

Ich ermächtige den Frankenwaldverein -Ortsgruppe Wallenfels- jährlich den **Mitgliedsbeitrag** in Höhe von **25,00 Euro** mittels SEPA-Basis-Lastschrift von nachfolgendem Konto einzuziehen:

IBAN: DE ____ - ____ - ____ - ____ - ____ - ____ BIC: ____ - ____ - ____

Kreditinstitut: _____ Kontoinhaber: _____

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Frankenwaldverein -Ortsgruppe Wallenfels- 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!

Datum: ____ . ____ . ____

Unterschrift : _____
Kontoinhaber