



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 **29,00 Euro** (Alleinerziehende 20,00 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. Ich bestätige, die Datenschutzhinweise für Neumitglieder zur Kenntnis genommen zu haben (siehe Internet www.fwv-wallenfels.de).

Datum: ____ . ____ . ____

Unterschrift : _____

Kontoinhaber