Antrag auf Mitgliedschaft im Verein KUNSTKULTUR Königsfeld e.V.

KUNSTKULTUR Königsfeld e.V.

Tannenweg 9

78126 Königsfeld i. Schw.

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im gemeinnützigen Verein „KUNSTKULTUR Königsfeld e.V."

ab _____ zum Jahres-Mitgliedsbeitrag von:

❍ **Einzelperson 40,- €** ❍ **Partner/Familie 60,- €** ❍ **Ermäßigt 20,- €** ❍ **Einrichtung/Betrieb ___,- €** **(mind.120,-€)**

X_____ _____ _____ _____

Nachname Vorname geb.am Beruf

X_____ _____ _____

Straße /Ortsteil PLZ Ort

X_____ _____

Telefon E-Mail (Druckbuchstaben!)

_____ _____ _____ _____

Partner/in Vorname geb.am Beruf

* ggf. eigene Mailadresse ganz unten notieren

Kinder, die in der Familienmitgliedschaft mit aufgenommen sind (weitere Kinder auf der Rückseite):

1._____ _____ 2._____ _____

Vorname (ggf. abweichender Familienname) geb.am Vorname (ggf. abweichender Familienname) geb.am

Die Mitgliedschaft beginnt nach der schriftlichen Bestätigung, i.d.R. per Mail. Mit der Mitgliedschaft erkenne ich die Satzung von **KUNSTKULTUR Königsfeld** an (Homepage). Eine Kündigung ist bis 30.09. d.J. zum Jahresende möglich. Der Mitgliedsbeitrag wird stets ohne erneute Aufforderung zum **01.04. des laufenden Jahres** fällig bzw. per SEPA-Lastschrift abgebucht. Bei Mitgliedsbeginn während des Jahres wird der volle Beitrag für das laufende Jahr berechnet.

_____ _____ **X**_____

Ort Datum Unterschrift

SEPA-Lastschriftmandat KUNSTKULTUR Königsfeld e.V. Gläubiger-ID: DE51KUK00001236383

Bankverbindung für die Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Ich/Wir ermächtige(n) Sie, Zahlungen von meinem/unserem unten genannten Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom oben genannten Verein KUNSTKULTUR Königsfeld e.V. auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Vor dem Einzug einer SEPA-Basis-Lastschrift werde(n) ich/wir über diese Verfahrensart einmalig unterrichtet.

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

Bank: _____

IBAN: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

_____ _____ **X**_____

Ort Datum Unterschrift Zahlungspflichtiger / Kontoinhaber

Mandatsreferenz (Mitgliedsnummer): *(wird separat mit der Bestätigung der Mitgliedschaft mitgeteilt!)*