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 *

_____ _____

Telefon Partner/in * E-Mail Partner/in (Druckbuchstaben!)*

*=optional

Kinder, die in der Familienmitgliedschaft mit aufgenommen sind (Namen und Geb.datum bitte auf der Rückseite notieren):

Die Mitgliedschaft beginnt nach der schriftlichen Bestätigung, i.d.R. per Mail. Mit der Mitgliedschaft erkenne ich die Satzung von **KUNSTKULTUR Königsfeld e.V** sowie die **Datenschutzerklärung** an, die auf der Homepage des Vereins nachzulesen ist. Wir versichern, Ihre Daten nur intern zur Mitgliederverwaltung zur Umsetzung der satzungsgemäßen Ziele des Vereins einzusetzen. Eine Kündigung ist stets bis 30.09. d.J. zum Jahresende möglich. Der Mitgliedsbeitrag wird 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 später separat mit der Bestätigung der Mitgliedschaft mitgeteilt!)*