

Radweg Höver Röbbel e.V
 1. Vorsitzender: Salvatore Di Benedetto
 Höver 26
 29599 Weste
 2.Vorsitzender: Martin Rösner
 Höver 6
 29599 Weste
 info@radweg-hoever-roebbel.de

Radweg Höver Röbbel e.V.



Mitgliedsantrag

Hiermit beantrage ich / beantragen wir die Vereinsmitgliedschaft.

Mitgliedsnummer (wird vom Verein eingefügt)	Name, Vorname, Adresse	Geburtsdatum	eMail, Telefonnummer
Mitgliedsnummer (wird vom Verein eingefügt)	Name, Vorname, Adresse	Geburtsdatum	eMail, Telefonnummer
Mitgliedsnummer (wird vom Verein eingefügt)	Name, Vorname, Adresse	Geburtsdatum	eMail, Telefonnummer
Mitgliedsnummer (wird vom Verein eingefügt)	Name, Vorname, Adresse	Geburtsdatum	eMail, Telefonnummer
Mitgliedsnummer (wird vom Verein eingefügt)	Name, Vorname, Adresse	Geburtsdatum	eMail, Telefonnummer

Die Mitgliedschaft besteht jeweils für ein Jahr und verlängert sich automatisch um ein weiteres Jahr, wenn sie nicht unter Beachtung einer Frist von 4 Wochen zum Ende des Kalenderjahres schriftlich gekündigt wird. Der Mitgliedsbeitrag ist am 01.02. eines Jahre fällig.

Bei Aufnahme nach dem 01.02. wird der Mitgliedsbeitrag 4 Wochen nach dem Beitritt fällig.

Jahresbeiträge (zutreffendes bitte ankreuzen)

Einzelpersonen (über 18 Jahre)	30 Euro	<input type="radio"/>
Paare und Familien (mit Kindern unter 18)	40 Euro	<input type="radio"/>
Einzelpersonen (unter 18 Jahre)	beitragsfrei	<input type="radio"/>

Ort, Datum _____ Unterschrift (bei Minderjährigen: gesetzlicher Vertreter)

Ich möchte Benachrichtigungen vom Verein „Radweg Höver Röbbel e.V.“ erhalten

Ich stimme der Speicherung meiner Daten zur Verwaltung der Mitgliedschaft und von Benachrichtigungen zu

Ich stimme der Veröffentlichung von Fotos von Versammlungen und Vereinsaktionen, auf denen ich abgebildet bin, zu.

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx Die Mandatsreferenz ist meine Mitgliedsnummer

Ich ermächtige den Verein „Radweg Höver Röbbel e.V.“ meinen Mitgliedsbeitrag von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom o.g. Verein von meinem Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: ich kann innerhalb von 8 Kalenderwochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber: _____

Kreditinstitut: _____

BIC : _____

IBAN : _____

Ort, Datum _____ Unterschrift (bei Minderjährigen: gesetzlicher Vertreter)