

1. Vorsitzender:
Salvatore di Benedetto
Höver 26
29599 Weste



radweg-hoever-roebbel.de



Radweg Höver-Röbbel e.V.

2.Vorsitzender:
Martin Rösner
Höver 6
29599 Weste
info@radweg-hoever-roebbel.de

Mitgliedsantrag

Hiermit beantrage ich / beantragen wir die Vereinsmitgliedschaft.

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

Die Annahmebestätigung und die Mitgliedsnummer erhalte ich innerhalb von 4 Wochen nach Annahme des Antrages per eMail.

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 Jahres 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	☐
	Paare und Familien (mit Kindern unter 18)	40 Euro	☐
	Einzelpersonen (unter 18 Jahre)	beitragsfrei	☐

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 die Mitgliedsnummer des zahlenden Mitgliedes (1. der Liste)

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)
------------	---