

Eifelverein
Ortsgruppe: Kronenburg-Baasem-Berk-Frauenkron

Franz Dederichs
 Theißenstraße 20
 53949 Dahlem-Baasem

1. Vorsitzender
 Telefon: 06557 7392
 E-Mail: franz.dederichs@t-online.de



Aufnahmeantrag
 Hiermit bitte ich um Aufnahme in den Eifelverein und die Zustellung der Zeitschrift „Die Eifel“.
 Ich möchte Mitglied der Ortsgruppe Kronenburg – Baasem – Berk – Frauenkron werden.

Der Jahresbeitrag beträgt 25 € für ein Vollmitglied und 12 € für ein Familienmitglied.

Name:	Vorname:
Geburtsdatum: (freiwillig)	Nationalität: (freiwillig)
PLZ/Wohnort:	Telefon: (freiwillig)
Straße u. Hausnummer:	
E-Mail: (freiwillig)	

Beitretende Familienmitglieder (ohne Bezug der Zeitschrift „Die Eifel“)

Name:	Vorname:
Geburtsdatum: (freiwillig)	
Eintrittsdatum:	Unterschrift

Die erhobenen persönlichen Daten werden nur vereinsintern genutzt.
 Sie werden auf gar keinen Fall an Dritte weitergegeben oder zur Verfügung gestellt.
 Datenschutzhinweise auf beiliegendem Blatt!

Ich bestätige, die Datenschutzhinweise für Neumitglieder erhalten und zur Kenntnis genommen zu haben.

Auf der Rückseite finden Sie das Formblatt für den Beitragseinzug per SEPA Basis Lastschrift.
 Dieses SEPA Lastschriftmandat ersetzt im innereuropäischen Zahlungsverkehr die frühere Einzugsermächtigung.
 Es kann genau wie diese einfach widerrufen werden!

Ort und Datum:	Unterschrift:
----------------	---------------

Eifelverein
Ortsgruppe: Kronenburg-Baasem-Berk-Frauenkron

Franz Dederichs
 1. Vorsitzender

Theißenstraße 20
 53949 Dahlem-Baasem



Telefon: 06557 7392
 E-Mail: franz.dederichs@t-online.de

Erteilung eines SEPA Lastschriftmandats

Gläubiger-Identifikationsnummer : **DE88EVK00000100623**

Mandatsreferenz :

(wird vom Verein eingetragen)

Ich ermächtige die Eifelvereins-Ortsgruppe Kronenburg-Baasem-Berk-Frauenkron (Anschrift siehe oben), jährlich am 15. Februar, oder am ersten Arbeitstag danach, meinen Mitgliedsbeitrag von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Dieses SEPA Lastschriftmandat schließt eine eventuelle Beitragserhöhung mit ein. Sollte sich an meiner Bankverbindung etwas ändern teile ich das unverzüglich, spätestens jedoch bis zum Jahresende, mit. Zugleich weise ich meine Bank hiermit an, die von der Eifelvereins-Ortsgruppe Kronenburg-Baasem-Berk-Frauenkron gezogenen Lastschriften einzulösen.
Hinweis : Ich kann innerhalb von 8 Wochen die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meiner Bank vereinbarten Bedingungen.
 Dieses Lastschriftmandat kann ich jederzeit widerrufen.

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

Name des Kontoinhabers														
Straße und Haus-Nr.														
Postleitzahl und Ort														
		XX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XX							
IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen)		<table border="1"> <tr> <td>DE</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>						DE						
DE														
BIC/SWIFT (8 oder 11 Stellen)				DE										
Bank:														
Ort				Datum (TT.MM.JJJJ)										
Unterschrift des Zahlungspflichtigen:														
Unterschrift des Kontoinhabers:														