

Aufnahmeantrag Mitgliedschaft

Hiermit beantrage ich gem. § 5 der Satzung ab _____ die Aufnahme als Mitglied in dem Verein „Dorfener Zentrum für Integration und Familie e.V.“

Familienname:	Geb. Datum:
Vorname:	Telefon:
Straße:	Fax:
PLZ, Wohnort:	E-Mail:
Beruf:	Nationalität:

Ich bin an einer Mitarbeit interessiert, bei:

Sprachkursen	aktiv	nein
Sonstiges, kurz beschreiben	aktiv	nein

Mein Mitgliedsbeitrag jährlich: 50 € ☐ 100 € ☐ 150 € ☐ 200 € ☐

Mitgliedsbeitrag mindestens jährlich: 30 € ☐

Ich habe die Datenschutzhinweise erhalten.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Vermittelt durch: Name: _____ E-Mail: _____

Bearbeitungsvermerke des „Dorfener Zentrum für Integration und Familie e.V.“

Eingegangen am: _____ genehmigt _____ Mitglieds-Nr.: _____

SEPA-Lastschriftmandat

Mandatsreferenz:

Hiermit ermächtige ich oben genannten Verein, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom DZIF auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Der Einzug erfolgt jährlich zum 15. Februar bzw. dem darauffolgenden Bankarbeitstag. Mitglieds- und Förderbeitrag sind von der Steuer absetzbar! Spendenquittungen werden ab 100,00 Euro ausgestellt. Kündigung der Mitgliedschaft schriftlich, 6 Wochen zum Ende des Geschäftsjahres (31.12.). Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihrer Post- / Mailadresse oder Bankverbindung umgehend mit.

Name/Vorname des Kontoinhabers: _____

Name des Geldinstituts: _____

IBAN _____ BIC _____

Ort, Datum: _____ Unterschrift des Kontoinhabers _____

Falls mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung. Gebühr einer Rücklastschrift wird Ihnen berechnet