B e i t r i t t s e r k l ä r u n g

Hiermit erkläre ich als ordentliches Mitglied/ förderndes Mitglied (nicht zutreffendes streichen) meinen Beitritt zum Elternverband hörgeschädigter Kinder Landesverband Mecklenburg-Vorpommern e.V., Sitz Rostock.

Ich bin bereit, einen Jahresbeitrag von _____ Euro steuerbegünstigt zu zahlen.
(Mindestbeitrag für ordentliche Mitglieder 45,00 Euro im Jahr,
für fördernde Mitglieder 78,00 Euro im Jahr)

Name, Vorname:

Beruf: Geburtsdatum:

Anschrift:

Telefon:

E-Mail:

SEPA-Lastschriftmandat / Pre-Notification / Fälligkeitsavis: Zum Einzug der Mitgliedsbeiträge wird mit dem Zahler ein SEPA-Lastschriftmandat abgeschlossen. Der Beitragseinzug erfolgt zu den unter Einzugstermine festgelegten Fälligkeit. Über den regelmäßigen Einzug von Forderungen sowie über Einmalzahlungen wird der Zahler spätestens 14 Tage vor Lastschrifteinzug mittels Avis (Pre-Notification) informiert.

Einzugstermine – Wiederkehrende Zahlungen: Einzug **jährlich zum 15. April**
Fällt der genannte Zahltag nicht auf einen Bankarbeitstag, erfolgt der Einzug am unmittelbar darauf folgenden Bankarbeitstag. Die Einzugsermächtigung kann jederzeit widerrufen werden. Bei fehlender Deckung des Kontos besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung.
Entstehende Gebühren gehen zu meinen Lasten.

Datenschutzhinweis: Das Mitglied /der Zahlungspflichtige sind einverstanden, dass ihre Daten für Vereinszwecke per EDV gespeichert werden. Der Verein wird die Daten ausschließlich im Rahmen der Vereinsverwaltung erfassen und verarbeiten. Es erfolgt keine Weitergabe Ihrer persönlichen Daten an Dritte.

Vereinssatzung:
Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung des Elternverbandes hörgeschädigter Kinder Landesverband Mecklenburg-Vorpommern e.V. in der aktuell gültigen Fassung an. Die Mitgliedschaft im Verein ist fortlaufend.
Mit meiner Unterschrift bestätige ich zudem, die Satzung des Elternverband hörgeschädigter Kinder Landesverband Mecklenburg-Vorpommern e.V. in der aktuell gültigen Fassung erhalten zu haben.

Ort:

Datum:

Unterschrift:

Einzugsermächtigung

SEPA-Lastschriftmandat für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren - Wiederkehrende Zahlung

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger):

Elternverband hörgeschädigter Kinder
Landesverband Mecklenburg – Vorpommern e.V.
Henrik-Ibsen-Str. 20
18106 Rostock

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE35ZZZ00000629451

Mandatsreferenz-Nr.
wird vom Verein ausgefüllt und dem Mitglied gesondert mitgeteilt)

Ich ermächtige hiermit, den Elternverband hörgeschädigter Kinder Landesverband MV e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Elternverband hörgeschädigter Kinder Landesverband MV e.V auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweise: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Über den Einzug von Forderungen wird der Zahler spätestens 14 Tage vor Lastschrifteinzug mittels Avis (Pre-Notification) informiert.

Kontoinhaber:

IBAN:

BIC:

Kreditinstitut:

Ort/Datum:

Unterschrift: