

Beitrittserklärung

Bitte zusenden an: Dieter Weiß, Gudrunstr. 7, 65232 Taunusstein-Niederlibbach
info@niederlibbach.de

Ich erkläre hiermit meinen Beitritt zum Verein „Unser Dorf Niederlibbach e.V.“

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____

PLZ/ Ort: _____

Geburtsdatum: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

E-Mail: _____

Newsletter: ja nein WhatsApp: ja nein

Meine besonderen Interessen liegen in folgenden Schwerpunkten der Vereinsarbeit
(bitte ankreuzen):

- Mitarbeit bei der Auswahl und Durchführung von Projekten im Rahmen der Dorfentwicklung
- Organisation kultureller Veranstaltungen
- Aufarbeitung und Präsentation historischer Dokumente etc.
- Umwelt-, Landschafts- und Naturschutz
- Generationenübergreifende Freizeitgestaltung
- Förderung der Gemeinschaft durch Ausrichtung von Veranstaltungen
- Teilnahme bzw. Mitarbeit im Seniorentreff
- Sonstiges (bitte erläutern)

Durch meine Unterschrift wird die Satzung des Vereins verbindlich anerkannt. Der Jahresbeitrag in Höhe von 24,-€ wird per SEPA-Lastschriftenmandat jährlich zum 30.06. vom angegebenen Konto abgebucht. Die Kündigung der Mitgliedschaft ist schriftlich zu erklären und endet zum Ende des an die Erklärung anschließenden Monats. Ein Exemplar der Satzung kann Ihnen an die angegebene E-Mailadresse zugestellt werden. Es wird mindestens ein Jahresbeitrag fällig, eine anteilige Rückerstattung des Jahresbeitrages erfolgt nicht.

Eintrittsdatum

Unterschrift

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Wiederkehrende Zahlungen/Recurrent Payments

Zahlungsempfänger

Unser Dorf – Niederlibbach e.V.

Gudrunstraße 7

65232 Taunusstein

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)

DE08ZZZ00002283205

Mandatsreferenz

Mitgliedsbeitrag

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich/Wir ermächtige(n) den Verein „Unser Dorf – Niederlibbach e.V.“, Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/ unser Kreditinstitut an, die von

Name des Zahlungsempfängers:

Unser Dorf – Niederlibbach e.V.

auf mein/ unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Bitte ab hier ausfüllen

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/ unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name Kontoinhaber:

Straße / Nr.:

PLZ / Ort:

Name der Bank:

IBAN:

D

E

Ort, Datum:

Unterschrift: