



Beitrittserklärung

Ich beantrage hiermit meine Aufnahme als Mitglied des Fördervereins.

(Name) (Vorname)

(PLZ, Wohnort) (Straße, Hausnummer)

(Geburtsdatum) (Telefon)

(E-Mail)

Ich trete dem Förderverein Gartenschau Bad Lippspringe e.V. bei als

- | | | |
|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | natürliche Person | Jahresbeitrag 24,00 € |
| <input type="checkbox"/> | Familie (Familien sind Eltern und deren Kinder bis zum vollendeten 18. Lebensjahr; bitte alle Namen und Geburtstage auf der Rückseite dieser Erklärung angeben) | 36,00 € |
| <input type="checkbox"/> | juristische Person | 48,00 € |

Freiwillige Spende (Spendenquittungen / Zuwendungsbestätigungen werden zum Jahresende ausgestellt.)

einmalige Spende in Höhe von _____ € (in Worten _____ €)

jährliche Spende in Höhe von _____ € (in Worten _____ €)

Ich überweise den Mitgliedsbeitrag bzw. den Mitgliedsbeitrag und die Spende auf eines der unten genannten Konten des Fördervereins.

Ich erteile Ihnen ein SEPA-Lastschriftmandat (= Einzugsermächtigung, s.u.)

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Ich/wir bin/sind damit einverstanden, dass ich/wir in Gruppenaufnahmen im Zusammenhang mit dem Förderverein in Print- und Online-Medien veröffentlicht werden darf/dürfen.

Ich/wir bin/sind mit der Speicherung meiner/unserer Daten und der Verarbeitung innerhalb des Vereins einverstanden.

(Ort) (Datum) (Unterschrift)

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubigeridentifikationsnummer DE86ZZZ00000265753

Die Mandatsreferenz wird Ihnen umgehend mitgeteilt.

Ich ermächtige den Förderverein Gartenschau Bad Lippspringe e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Förderverein Gartenschau Bad Lippspringe e.V. gezogenen Lastschriften einzulösen. *Hinweis: 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.*

Vorname und Name (Kontoinhaber) Kreditinstitut (Name)

IBAN DE _____ BIC _____

(Ort) (Datum) (Unterschrift)

Vereinsregister beim Amtsgericht Paderborn VR 2883
Vorsitzender Fritz Möller
Steuernummer 339/5785/1054

Bankverbindung:
VerbundVolksbank OWL eG
IBAN DE62 4726 0121 9203 3335 00
BIC DGPBDE3MXXX

Volksbank Schlangen eG
IBAN DE73 4006 9283 0408 7481 00
BIC GENODM1SLN

Sparkasse Paderborn-Detmold
IBAN DE67 4765 0130 0061 0006 83
BIC WELADE3LXXX