

Beitrittserklärung

Änderungsmitteilung (wenn Sie bereits Mitglied sind)

Hiermit erkläre ich durch Unterschrift meinen Beitritt zum Verein Fränkischer Bund e.V.
Ausdrücklich erkenne ich die Satzung des Vereines Fränkischer Bund e.V. an.

Name	Vorname
Geburtsdatum und -ort	Beruf
PLZ	Telefon
Wohnort	E-Mail
Adresszusatz, Straße, Hausnummer	

Standard-Einzel-Mitgliedschaft Jahresbeitrag: **30,- Euro**

Familien-Mitgliedschaft Jahresbeitrag: **48,- Euro**
incl. Ehepartner und alle Kinder im Haushalt bis zum 17. Lebensjahr

Ermäßigte-Einzel-Mitgliedschaft Jahresbeitrag: **12,- Euro.**
auf Antrag für Geringverdiener z.B. Arbeitslosengeld- und Sozialhilfe-Empfänger, Rentner;
Schüler; Azubis; Praktikanten; Volontäre; Wehr- und Bundesfreiwilligendienstleistende
bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres; Schwerbehinderte (GdB50 und mehr).
Den Nachweis für die rechtmäßige Inanspruchnahme des ermäßigten Beitrages erbringe ich regelmäßig.

Förder-Mitgliedschaft Jahresbeitrag: (mindestens 120,- Euro) _____ **Euro,-**

Der Mitgliedsbeitrag wird ausnahmslos per Lastschriftverfahren eingezogen.

Die Lastschrift-Einzugsermächtigung (SEPA-Lastschriftmandat) ist Bestandteil der Beitrittserklärung.

Mit meiner Unterschrift *) nehme ich zur Kenntnis, dass ich regelmäßig Mitglieder-Rund-E-Mails erhalte.
Ferner verpflichte ich mich, Änderungen von E-Mail- Adresse, Anschrift, Bankverbindung, Kündigung der Mitgliedschaft
etc. dem Verein schriftlich oder per E-Mail mitzuteilen.

Ich erkläre ausdrücklich, kein Mitglied einer extremistischen Partei oder Vereinigung zu sein.

Ich bin mit der Speicherung meiner Angaben zur Vereinsarbeit einverstanden.
Der Verein ist berechtigt, meine Daten ausschließlich zu vereinsinternen Zwecken zu verwenden.

Ja, ich möchte die Portokasse des Vereins schonen und Vereinspost ausschließlich auf elektronischem Weg erhalten.

Ort, Datum

Unterschrift*)

*) Bei Minderjährigen Unterschrift des Erziehungsberechtigten

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE52ZZZ00000266850**

Mandatsreferenz: (Mitgliedsnummer Fränkischer Bund)

Ich ermächtige den **Fränkischen Bund e.V.**, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Fränkischen Bund e.V. auf mein Konto 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)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Kreditinstitut (Name und BIC)

IBAN

Datum, Ort und Unterschrift