



WARSTEINER EUROPAFREUNDE - WEF - Verein für Städtepartnerschaften der Stadt Warstein

AUFNAHMEANTRAG

Ich möchte Mitglied im Verein "WARSTEINER EUROPAFREUNDE - WEF" werden:

Name:		Vorname:	Geburtsdatum:
PLZ:	Wohnort:	Straße:	Haus-Nr.:
Telefon-Nr.:		E-Mail-Adresse (Der Schriftverkehr erfolgt grundsätzlich elektronisch)	

Mitgliederstatus (Zutreffendes bitte ankreuzen)*:

- Einzelmitglied Schüler/Auszubildender/Student
 Familie; zur Familie gehören die folgenden Familienmitglieder:

Name, Vorname:	Geburtsdatum:
Name, Vorname:	Geburtsdatum:
Name, Vorname:	Geburtsdatum:

Mit der Speicherung meiner persönlichen Daten bin ich einverstanden.

Datum:	Unterschrift:
---------------	----------------------

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE23ZZZ00001197408
Mandatsreferenz: (entspricht der Mitgliedsnummer)

Ich ermächtige die "WARSTEINER EUROPAFREUNDE - WEF", Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von den "WARSTEINER EUROPAFREUNDEN - WEF" 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.

Name der Bank:	Kontoinhaber:
IBAN: bitte alle 20 Stellen vollständig ergänzen	
DE	

Datum:	Unterschrift:
---------------	----------------------

*) Mitgliedsbeiträge: Einzelmitglieder: 12,00 €/Jahr; Schüler/Auszubildende/Studenten: 6,00 €/Jahr; Familien: 20,00 €/Jahr