

Beitrittserklärung

Das Familienzentrum Oberstaufen e.V. ist ein gemeinnütziger Verein, dessen Ziel es ist, das örtliche Familienzentrum satzungsgemäß zu betreiben. Zielgruppe ist die Familie, aber auch Familienergänzende Angebote werden gemacht. Die Räume des FamZ befinden sich im ehem. Schulkloster in der Lindauer Strasse 9 (Geschäftsstelle, Secondhandverkauf, Cafe Sorglos, Frühstückstreff) und im ehem. Lesesaal am Kurhaus (Kindernest, Babytreff, Seniorinnengymnastik). Der Mitgliedsbeitrag beträgt für die ganze Familie 32 Euro, bei Einzelmitgliedschaft 16 Euro im Jahr.

Dem Verein Familienzentrum e.V. treten wir / trete ich bei

Name, Vorname Wohnort / Strasse geb. am:

.....
.....
.....
.....

.....
Der Mitgliedsbeitrag von 32/16Euro wird zum 15.03 d. Jahres vom Konto (Kto-Inh.) abgebucht:

Kreditinstitut	IBAN	BIC
.....

Die Mitgliedschaft ist zunächst unbefristet. Die Beendigung der Mitgliedschaft erfolgt durch schriftliche Erklärung gegenüber dem Vorstand unter Einhaltung der Kündigungsfrist von drei Monaten zum Ende des Kalenderjahres.

Die Satzung des Vereins kann jederzeit in der Geschäftsstelle oder unserer Internetseite eingesehen werden.

.....
Ort, Datum, Unterschrift des Anmeldenden

Familienzentrum Oberstaufen e.V., Geschäftsstelle Lindauer Str. 9,
Tel. 08386/326190,
Öffnungszeiten: Mo., Mi., Do. 8.30 – 11.30 Uhr, Die., Fr. 9 – 12 Uhr,
Sa. 10 – 12 Uhr,
Dienstagnachmittag bis 15 Uhr

SEPA-Basis-Lastschrift (Core)-Mandat

Zahlungsempfänger

Vorname und Name / Firma: _____

Straße und Hausnummer: _____

PLZ und Ort: _____

Gläubiger-Identifikationsnummer: _____

Mandatsreferenz: _____

Ich ermächtige (Wir ermächtigen) den oben genannten
Zahlungsempfänger,

einmalig eine Zahlung

wiederkehrende Zahlungen

von meinem (unserem) Konto mittels SEPA - Basislastschrift
einzuziehen.

Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von
oben genanntem Zahlungsempfänger auf mein (unser) Konto
gezogene(n) Lastschrift(en) einzulösen.

Hinweis: Ich kann (Wir können) innerhalb von 8 Wochen, beginnend
mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages
verlangen. Es gelten dabei die mit meinem (unserem) Kreditinstitut
vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber (Zahlungspflichtiger)

Vorname und Name/Firma: _____

Email-Adresse: _____

Straße und Hausnummer: _____

PLZ und Ort: _____

Kreditinstitut (Name): _____

BIC: _____

IBAN: DE _____

Ort, Datum _____

Unterschrift(en) _____

