



Mütterzentrum Seligenstadt e. V
Berlinerstraße 11
63500 Seligenstadt
Tel. 0151-10908616
Gläubiger- Identifikationsnummer:
DE47M0100000473356

Beitrittserklärung

Ich möchte Mitglied beim Weibernetz Mütterzentrum Seligenstadt e. V. werden

Name, Vorname

Straße, PLZ, Ort

Geburtsdatum:

Eintrittsdatum:

Telefon:

Fax/Email:

Hiermit beantrage ich die beitragsfreie Mitgliedschaft für folgende Familienmitglieder:

Name, Vorname:

geb.:

Name, Vorname:

geb.:

Name, Vorname:

geb.:

Der Mitgliedsbeitrag beträgt gegenwärtig € 6,- pro Monat. Mit der Beitrittserklärung erlange ich sämtliche in der Satzung festgelegten Rechte und Pflichten. Eine Kündigung hat schriftlich zu erfolgen und wird mit einer Frist von 6 Wochen zum Ende des Kalendermonats wirksam, in dem sie dem Vorstand zugeht.

Mandatsreferenz ist (wird vom Vorstand ausgefüllt):

MZVerein _ _ _ _ _

Ich ermächtige das Mütterzentrum Seligenstadt, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Der monatliche Rechnungsbetrag in Höhe von 6 Euro wird als SEPA-Lastschrift zum 15. Werktag jedes Monats, beginnend mit dem Monat _____ eingezogen.

Fällt der Fälligkeitstag auf ein Wochenende oder einen Feiertag, gilt der nächste Werktag als Fälligkeitstag. Zugleich weise ich meinem Kreditinstitut an, die vom Mütterzentrum Seligenstadt 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 die dabei mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

IBAN:

BIC:

Geldinstitut:

Kontoinhaber:

Ort, Datum:

Unterschrift
