Gartenfreunde Dudweiler-Wiesental e.V.

1. Vorsitzender
Michael Gollner
Fichtenstr. 2
66299 Friedrichsthal

info@gartenfreunde-dudweiler-wiesental.de
www.gartenfreunde-dudweiler-wiesental.de

Antrag auf Mitgliedschaft

Name _____ *Vorname* _____ *Beruf* _____

Straße, Hausnummer _____ *Postleitzahl, Ort* _____ *Familienstand* _____

Geboren am _____ *in* _____ *Staatsangehörigkeit* _____

Telefon _____ *Mobil* _____ *E-Mail* _____

Ich beantrage die Mitgliedschaft im Verein Gartenfreunde Dudweiler Wiesental e.V. als:

☐ Einzelmitglied **42,00 Euro / Jahr**
☐ Familienmitgliedschaft (2 Personen) **60,00 Euro / Jahr**

Die Aufnahmegebühr beträgt **50,00 Euro einmalig**

Ich bewerbe mich um einen Pachtgarten ☐ ja ☐ nein

Ich erkläre gleichzeitig, dass ich keinen Garten besitze. Außerdem erteile ich dem Verein die Einzugsermächtigung zur Abbuchung des Mitgliedsbeitrages (bei Gartenpächtern auch Jahrespacht, Wasserverbrauch und Betrag für nicht geleistete Pflichtarbeitsstunden) von meinem unten angegebenen Konto.

Bei Familienmitgliedschaft: **Angaben zum 2. Mitglied**

Name _____ *Vorname* _____ *Beruf* _____

Straße, Hausnummer _____ *Postleitzahl, Ort* _____ *Familienstand* _____

Geboren am _____ *in* _____ *Staatsangehörigkeit* _____

Telefon _____ *Mobil* _____ *E-Mail* _____

Ort _____ Datum _____ Unterschrift _____ Unterschrift des 2. Mitgliedes _____

Bitte beachten Sie das umseitig aufgedruckte Formular zur Erteilung des SEPA-Lastschriftmandates!

Gartenfreunde Dudweiler-Wiesental e.V.

1. Vorsitzender
Michael Gollner
Fichtenstr. 2
66299 Friedrichsthal

info@gartenfreunde-dudweiler-wiesental.de
www.gartenfreunde-dudweiler-wiesental.de

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE70ZZZ00000396506

Mandatsreferenz: ☐☐☐☐☐☐ (Mitglieds-Nr. - wird noch bekannt gegeben)

Ich ermächtige die Gartenfreunde Dudweiler-Wiesental e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verein Gartenfreunde Dudweiler-Wiesental 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.

Zahlungsart: **Wiederkehrende Zahlungen**

Name, Vorname: _____

Straße und Hausnummer: _____

Postleitzahl und Ort: _____

IBAN: D E ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

BIC: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

bei der Bank: _____

Dudweiler, den _____

_____
Unterschrift (Kontoinhaber)