

Musikverein „Siegklang“ Meindorf 1969 e.V. Blasorchester der Stadt Sankt Augustin



Blasorchester der Stadt Sankt Augustin-
Musikverein „Siegklang“ Meindorf 1969 e.V.
c/o Manuel Schnitzler
Siegstraße 126
53757 Sankt Augustin

Tel : +49 151 17808348
Email: info@siegklang.de
Infos unter <http://www.siegklang.de>

Beitrittserklärung

Ab dem _____ beantrage ich die Mitgliedschaft im Musikverein „Siegklang“ Meindorf 1969 e.V.
als:

- aktives Mitglied (beitragsfrei)
 förderndes Mitglied (Mindestbeitrag 24,- EUR bzw. 12,- EUR für Familienmitglieder pro Jahr)

Persönliche Daten:

Name:		Vorname:	
Straße, Hausnr.:			
PLZ, Ort:		Geburtsdatum:	
Telefon:		Mobil:	
Email:			

Mein Mitgliedsbeitrag in Höhe von _____ EUR wird zu Beginn eines jeden Jahres im SEPA-
Lastschriftverfahren von meinem Konto eingezogen. *(Rückseite beachten)*

Die persönlichen Daten werden nur zu satzungsgemäßen Zwecken benutzt und nicht
an vereinsexterne Dritte weitergegeben.

Ich bin damit einverstanden, über Vereinsangelegenheiten per Post, Email oder in Ausnahmefällen
telefonisch informiert zu werden. Den Inhalt der Satzung und ihrer Anlagen erkenne ich an.

Ort, Datum

Unterschrift (bei minderjährigen Unterschrift der Eltern)

*Musikverein „Siegklang“ Meindorf 1969 e.V.
Blasorchester der Stadt Sankt Augustin*



Blasorchester der Stadt Sankt Augustin-
Musikverein „Siegklang“ Meindorf 1969 e.V.
c/o Manuel Schnitzler
Siegstraße 126
53757 Sankt Augustin

Tel : +49 151 17808348
Email: info@siegklang.de
Infos unter <http://www.siegklang.de>

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE86ZZZ00000791299

Mandatsreferenz: (wird separat mitgeteilt)

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger Musikverein „Siegklang“ Meindorf 1969 e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger Musikverein „Siegklang“ Meindorf 1969 e.V. auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit dem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

Name, Vorname: _____
(Kontoinhaber)

Straße, Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Ort, Datum

Unterschrift Kontoinhaber