



Förderverein Synagoge Münstermaifeld e.V.

Am Heilig-Geist-Spital 4 - 56294 <Münstermaifeld

Beitrittserklärung

Ich trete dem „Förderverein Synagoge Münstermaifeld e.V.“ bei:

Name: _____ Vorname: _____

Straße/Hausnr: _____

PLZ: _____ Wohnort: _____

e-mail : _____

Tel: _____

Jährliche Mitgliedsbeiträge:

Einzelmitgliedschaft Erwachsener	16 ,00 €	<input type="checkbox"/>
Familienmitgliedschaft	26,00 €	<input type="checkbox"/>
Schüler	5,00 €	<input type="checkbox"/>

Der Mitgliedsbeitrag wird jährlich zum **1. Juli des Jahres** eingezogen. Fällt dieser nicht auf einen Bankarbeitstag, erfolgt der Einzug am unmittelbar darauf folgenden Bankarbeitstag.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)

Bankverbindungen Förderverein Synagoge Münstermaifeld e.V.:

Kreissparkasse Münstermaifeld
VR Bank Rhein-Mosel eG

IBAN DE22 5765 0010 0040 0079 99
IBAN DE44 5766 2263 0000 9072 27

BIC: MALADE51MYN
BIC: GENODED1MPO

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats:

Die Entrichtung erfolgt durch Bankeinzug regelmäßig am 1. Juli eines Jahres. Fällt dieser nicht auf einen Bankarbeitstag, erfolgt der Einzug am unmittelbar darauf folgenden Bankarbeitstag.

Zahlungsempfänger:

Förderverein Synagoge Münstermaifeld e.V.
Am Heilig-Geist-Spital 4,
D - 56294 Münstermaifeld

Gläubiger-Identifikationsnummer :DE52ZZZ00000969906

Mandatsreferenz:

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige den „Förderverein Synagoge Münstermaifeld e.V.“, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom „Förderverein Synagoge Münstermaifeld e.V.“ auf mein Konto gezogene Lastschriften einzulösen. Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Beitrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vor-und Nachname des Kontoinhabers:

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort :

IBAN: DE _____

BIC: _____

Bank : _____

Ort, Datum

Unterschrift