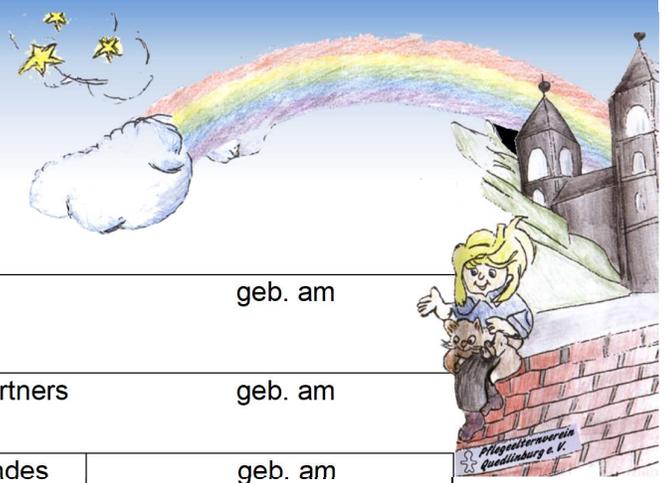


Antrag auf Mitgliedschaft



Name	Vorname	geb. am
Name des Partners	Vorname des Partners	geb. am
Name des Kindes	Vorname des Kindes	geb. am

Straße PLZ / Ort

Telefon-Nummer Handy-Nummer E-Mail-Adresse

(zutreffendes bitte ankreuzen)

- Hiermit erkläre ich meine Einzelmitgliedschaft, Jahresbeitrag 30,00 €.
- Hiermit erklären wir unsere Familienmitgliedschaft, Jahresbeitrag 45,00 €.
- Fördernde Mitgliedschaft als juristische Institution o. Körperschaft, Jahresbeitrag 75,00 €.
- Fördernde Mitgliedschaft als gemeinnütziger Verein, Jahresbeitrag 60,00.
- Ich erkenne die Satzung des Vereines an.

- Zahlungsweise:**
- Den oben genannten Betrag in Höhe von _____ € werde ich auf das Konto des **Pflege- und Adoptivfamilienverein Quedlinburg e.V.** Harzsparkasse
IBAN: DE 80 8105 2000 0361 0232 35
BIC: NOLADE 21HRZ bis zum 31.03. des Jahres überweisen.
 - Ich möchte, dass der Betrag in Höhe von _____ € von meinem Bankkonto eingezogen wird. (Bitte SEPA-Lastschriftmandat ausfüllen!)

Ort, Datum Unterschrift des/der Antragsteller(s)

Bestätigung der Mitgliedschaft durch den Vorstand erteilt:

Ort, Datum Unterschrift des Vorstands

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Name des Zahlungsempfängers:

Anschrift des Zahlungsempfängers

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl und Ort:

Gläubiger-Identifikationsnummer:

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):

Einzugsermächtigung:

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben) widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem / unserem Konto einzuziehen.

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Zahlungsart:

Wiederkehrende Zahlung

Einmalige Zahlung

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl und Ort:

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen):

BIC (8 oder 11 Stellen):

Ort:

Datum (TT/MM/JJJJ):

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):