



Städtischer Konzertchor
Winfridia Fulda e.V.

Vorsitzende
Susanne Haskamp
An den Eichen 6
36041 Fulda-Gläserzell

T 066-90030516
vorstand@konzertchor-fulda.de
www.konzertchor-fulda.de

MITGLIEDSANTRAG

Ich beantrage die Mitgliedschaft im **STÄDTISCHEN KONZERTCHOR WINFRIDIA FULDA e.V.**

NAME _____ VORNAME _____

GEBURTSDATUM _____ BERUF _____

STRASSE _____ PLZ, ORT _____

TEL _____ MOBIL _____

E-MAIL _____

FÖRDERNDES MITGLIED AKTIVE/R SÄNGER/IN - STIMMGRUPPE _____

Der Mitgliedsbeitrag beträgt:

Normale Mitgliedschaft **85,- € p.A.**

Kinder, Schüler, Jugendliche, Studenten, Auszubildende bis max. 26 J. **42,50 € p.A.**

Familienmitgliedschaft **170,- € p.A.** (Paare und deren Kinder bis max. 26 J. s. „Kinder, Schüler, Jugendliche)

Die Satzung des Vereins erkenne ich an. Ein Austritt kann nur zum 31. Dezember eines Jahres erfolgen. Voraussetzung dafür ist, dass die Austrittserklärung bis 30. September schriftlich dem Verein zugeht. Die Hinweise zur **Datenverarbeitung** habe ich zur Kenntnis genommen. Die oben ausgefüllten Daten werden für vereinsinterne Kommunikation und für die Adressliste im Mitgliederbereich auf der Website verwendet.

Ort, Datum

Unterschrift des Mitglieds oder des gesetzl. Vertreter

Erteilung eines Mandats zum Einzug von SEPA-Basis-Lastschriften:

Zahlungsempfänger: Städtischer Konzertchor Winfridia Fulda e.V. - An den Eichen 6 - 36041 Fulda-Gläserzell
Gläubiger-ID-Nr.: DE60ZZZ00000389411

Kontoinhaber: Name und Anschrift wie oben

Abweichender Kontoinhaber: Name: _____ Vorname: _____

PLZ/Ort: _____ Straße: _____

IBAN: _____

Name der Bank/Sparkasse: _____

Mandat für Einzug von SEPA-Basis-Lastschrift: Ich/Wir ermächtige/n den Städtischen Konzertchor Winfridia Fulda e.V. Zahlungen vom o. g. Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise/n ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom Städtischen Konzertchor Winfridia Fulda e.V. 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. Dieses Mandat gilt für wiederkehrende Zahlung.

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers